

ПРИКАЗ

«15» 09 2014г.

№ 1406/741

Об утверждении Правил информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области

С целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия, применяемых участниками обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуется – Правила).

2. Рекомендовать руководителям медицинских организаций (далее именуется – МО) и руководителям страховых медицинских организаций (далее именуется – СМО) действующих в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области обеспечить информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области в соответствии с утвержденными Правилами.

3. Начальнику управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Аверьянову А.В. довести до сведения руководителей МО и СМО настоящий приказ, а так же информировать об изменениях, вносимых в Правила и оформленных приказами Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области в срок не позднее, чем за 10 рабочих дней до вступления соответствующих изменений в силу.

4. Начальнику отдела информационных технологий Министерства здравоохранения Челябинской области Легостаеву Г.В. разместить настоящий приказ на сайте по адресу: <http://zdrav74.ru>.

5. Настоящий приказ вступает в силу с 1 октября 2014г.

6. С момента вступления в силу настоящего приказа признать утратившими силу следующие приказы Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области:

1) от 18.02.2014г. № 234/1/106/1 «Об информационном взаимодействии при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области»;

2) от 18.03.2014г. № 376/207/1 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1 «Об информационном взаимодействии при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области»;


3) от 18.04.2014г. № 600/1/320 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1 О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1»;

4) от 18.06.2014г. № 898/524 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области от 18.02.2014г. №234/1/106/1».

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляем за нами.

Министр здравоохранения  
Челябинской области

Директор территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования  
Челябинской области

  
С.Л. Кремлев

  
И.С. Михалевская

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Министерства здравоохранения  
Челябинской области и территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

от 15.09.2014г. № 1401/1741

Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области

1. Настоящие Правила информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуются – Правила) разработаны на основании:

Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 года № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 года № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (в редакции приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2013 года №276);

и иных нормативных правовых актов Российской Федерации,

с целью установления единых требований и правил информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области.

2. Правила включает в себя следующие разделы:

Раздел 1. Структура файлов персонифицированного учета медицинской помощи (Приложение 1);

Раздел 2. Структура файлов нормативно-справочной информации (Приложение 2);

Раздел 3. Порядок информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным

лицам в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области (Приложение 3);

Раздел 4. Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета медицинской помощи (Приложение 4);

Раздел 5. Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения (Приложение 5).

Раздел 6. Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения медицинских осмотров определенных групп населения (Приложение 6).

#### 4. Перечень сокращений, используемых в Правилах:

Таблица 1.

Сокращение	Определение
АПШ	Амбулаторно-поликлиническое подразделение медицинской организации
КДЦ	Комплексно-диагностический центр
МО	Медицинская организация
МТР	Межтерриториальные расчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в Российской Федерации вне территории страхования по видам, включённым в базовую программу обязательного медицинского страхования
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
НСИ	Нормативно-справочная информация - информация, заимствованная из нормативных документов и справочников, используемая при функционировании информационной системы
ОГРН	Основной государственный регистрационный номер – государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ в соответствии с Федеральным законом «О государственной регистрации юридических лиц»
ОКАТО	Общероссийский классификатор административно-территориального деления.
ОКОПФ	Общероссийский классификатор организационно - правовых форм.
ОМС	Обязательное медицинское страхование
Полис	Полис обязательного медицинского страхования
Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н от 28.02.2011г.
ПФР	Пенсионный фонд Российской Федерации
СМО	Страховая медицинская организация (работающая в данном субъекте). Обособленные подразделения (филиалы) страховой медицинской организации, действующие на территориях разных субъектов, считаются разными страховыми медицинскими организациями.
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

<b>Сокращение</b>	<b>Определение</b>
ФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.
ФСС	Фонд социального страхования Российской Федерации
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи

## Структура файлов персонализированного учета медицинской помощи

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

Символ	Способ кодирования
двойная кавычка ("")	&quot;
одинарная кавычка (')	&apos;
левая угловая скобка ("<")	&lt;
правая угловая скобка (">")	&gt;
амперсant ("&")	&amp;

В таблицах с описанием форматов файлов информационного обмена в столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов - О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;

Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.

У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.

М - реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

T – <текст>;

N – <число>;

D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;

S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно;

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP.

1.1 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотров взрослого населения

Имя файла формируется по следующему принципу:

HRiNiPrNr\_YYMMN.XML, где

H – константа, обозначающая передаваемые данные.

Ri – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pr – Параметр, определяющий организацию-получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару;

13 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

Таблица 1 – Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам, (основной файл по оказанной медицинской помощи)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медпомощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на	



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Службное поле к счету	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 1.1. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “ ”
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<i>Записи</i>					
ZAP	N_ZAP	O	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	O	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	O	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	OM	S	Сведения о случае	
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходимо для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	NOVOR	O	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
	VNOV_D	У	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.

Сведения о случае

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
SLUCH	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи. Справочник V006.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014.
	NPR_MO	Y	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. Для файлов по скорой медицинской помощи: – если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится вне Челябинской области, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-1»; – если медицинская организация, в которую доставили пациента, не является участником системы ОМС и/или отсутствует в справочнике, то в поле NPR_MO следует указывать значение «-2». Соответствует полю LPU_FROM в файле формата DBF. При отсутствии сведений может не заполняться.
	EXTR	Y	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	LPU	O	T(6)	Код МО	Только для мед. услуг, оказанных в круглосуточном стационаре. МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRMP2)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				пациента/ карты вызова скорой медицинской помощи	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS0	H	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	UM	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	UM	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	VNOV_M	UM	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	CODE_MES1	UM	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	Y	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/ госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (V015). Указывается значение параметра «Code». (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRVS3)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Всегда указывается значение «V015».
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего талон/историю болезни	Территориальный справочник. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXX
	OS_SLUCH	NM	N(1)	Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. (В соответствии со справочником Purpose.dbf – поле IDSP)
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SUMP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
<i>Сведения о санкциях</i>					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TP	О	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи. Код причины отказа по санкции МЭК (S_TP=1) соответствует полю SANK в файле формата DBF.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<i>Сведения об услуге</i>					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных фин. потоков одной услуги указывать один номер. Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRMP2)
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				вмешательства	
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	Указывается в зависимости от вида услуг: 1) Посещения в поликлинике и на дому (Place=1,2): 1 (посещение); 2) Стоматология по УЕТ (Place=7): количество УЕТ (поле UET в файле формата DBF); 3) Стационар в поликлинике (Place=6): 1 (случай); 4) Круглосуточный стационар (Purpose=K): 1 (законченный случай); 5) Дневной стационар при КС (Purpose=D): 1 (законченный случай); 6) Параклиника (Place=10): - R-хирургические методы диагностики (Purpose=7), иммунология и бактериальная диагностика (Purpose=20): 1 (обследование) (кроме того нужно кол-во УЕ передать в ComentU (UET)); - КТ,МРТ (Purpose=18), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (Purpose=21): 1 (обследование); - Пренатальная диагностика (Purpose=17): количество УЕ (поле UET в файле формата DBF) - Диализ (Purpose=19): количество сеансов (поле AMOUNT в

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					файле формата DBF, кроме того нужно передать количество койко-дней (пациенто-дней) в ComentU (Bed_Day))
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего фин. потока услуги.
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего фин. потока услуги
	PRVS	О	N(9)	Специальность медработника, выполнившего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf, Rstch.dbf – поле PRVS3)
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXXXXX
	COMENTU	У	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ ' ' Кодируемые поля см. в таблице 1.2.

Таблица 1.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	С	2			Тип файла: 01 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике; 02 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по стационару; 03 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике; 04 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи; 11 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике; 12 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару; 13 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике; 14 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

Таблица 1.2 – Поля, кодируемые в элементе COMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
KVAL	С	1			Квалификация врача в поликлинике: «В» - врач, «Ф» - фельдшер (поликлиника: посещения в поликлинике и на



Поле(ID)	Тип поля	Len	Desc	Справочник	Комментарий
					дому, и стоматологии).
BED_DAY	N	3	0		Квалификация бригады скорой помощи: «В» - врачебная, «Ф» - фельдшерская.
UET	N	5	2		Количество койко-дней для стационара, пациенто-дней для дневного стационара (только для параклиники, дмализ)
					Количество УЕ (параклиника, для purpose=7,20)
MED_KIND	N	2	0		Вид оказываемой основной медицинской помощи: (параклиника) 0 – поликлиника, 1 – стационар, 2 – дневной стационар при стационаре, 3 – стационар при поликлинике
SROKBER	N	2	0		Срок беременности, полных недель (параклиника)
					Признак лечения по несчастному случаю: 0 – несчастный случай; 1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС; 2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено; 3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено;
FSS_TRAUMA	N	1	0		
COD_PRER	N	1	0	Prer.dbf	Код незаконченного лечения (стационар)
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления: - до апреля 2014 - на начало отчетного периода (первое число месяца), - начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).
HEIGHT	N	2	0		Рост новорожденного (стационар)
WEIGHT	N	4	0		Вес новорожденного (стационар)
					Перечень номенклатуры медицинских услуг (стационар). Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга.
MEDUS_ID	C	250		Uslugi.dbf	Номенклатура основной медицинской услуги (дневной стационар при поликлинике). Заполняется кодом медицинской услуги. Перечень элементов, характеризующих КДЦ (поликлиника, параклиника): sg - Признак того, что консультацию врача-специалиста КДЦ или обследование в КДЦ прошел студент очной формы обучения. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
DATE_TAR	D	10		Tarif.dbf Ptarif.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
SIZETAR_ID	N	2	0	SizeTar.dbf	Код размера тарифа (стационар)
TIME_BEG	C	5			Время приема вызова скорой помощи
TIME_END	C	5			Время окончания вызова скорой помощи
SP_REAS	N	2	0	Sp_reas.dbf	Повод для вызова (для скорой помощи)

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
SP_VID	N	2	0	Sp_vid.dbf	Вид вызова (для скорой помощи)
SP_BRIG	N	2	0	Sp_brig.dbf	Состав бригады скорой помощи (сумма значений кодов из справочника)
SP_FROM	N	2	0	Sp_from.dbf	Место вызова скорой помощи
SP_DATE	D	10			Дата доставки пациента в МО / смерти пациента / передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи (для скорой помощи). В формате ГГГГ-ММ-ДД
SP_TIME	C	5			Время доставки пациента в МО / смерти пациента / передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи (для скорой помощи).
SP_KM	N	4	0		Километраж выезда (для скорой помощи)
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения в поликлинике или дата направления на обследование (назначения лечения) в параклинике. В формате ГГГГ-ММ-ДД
ATTACH_VIS	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления на момент посещения в файле персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике.
KPG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-профильной группы (стационар, дневной стационар и стационар на дому при поликлинике)
KSG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-статистической группы (стационар, дневной стационар и стационар на дому при поликлинике)
BED_CARE	N	3	0		Количество койко-дней по уходу

## 1.2 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Имя файла формируется по следующему принципу:

TRiNiRpNr\_YUMMN.XML, где

T – константа, обозначающая передаваемые данные.

Ri – Параметр, определяющий организацию-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Rp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Nr – Номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

MM – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару.

Таблица 2 – Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медицинской помощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер медицинской организации	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	PLAT	Y	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	O	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	Y	T(250)	Служебное поле к	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 2.1.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				счету	Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ”
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
<i>Записи</i>					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	ОМ	S	Сведения о случае	
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	ID_PAC	О	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходимо для связи с файлом персональных данных.
	VPOLIS	О	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.
	ST_OKATO	Y	T(5)	Регион страхования	Указывается OKATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	Y	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	Y	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	Y	T(5)	OKATO территории страхования	Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	Y	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов перс. учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	NOVOR	O	T(9)	Признак новорождённого	Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
	VNOV_D	Y	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	USL_OK	O	N(2)	Условия оказания медицинской помощи	Классификатор условий оказания медицинской помощи. Справочник V006.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	FOR_POM	O	N(1)	Форма оказания медицинской помощи	Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014.
	VID_HMP	O	T(9)	Вид высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018.
	METOD_HMP	O	N(3)	Метод высокотехнологичной медицинской помощи	Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019.
	NPR_MO	Y	T(6)	Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию)	Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003. При отсутствии сведений может не заполняться.
	EXTR	Y	N(2)	Направление (госпитализация)	1 – плановая; 2 – экстренная
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	Y	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.
	PODR	Y	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника.
	PROFIL	O	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В соответствии со справочником Special.dbf – поле PRMP2)
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	NHISTORY	O	T(50)	Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента/ карты вызова скорой	

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				медицинской помощи	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	В формате ГГТГ-ММ-ДД
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	В формате ГГТГ-ММ-ДД
	DS0	H	T(10)	Диагноз первичный	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	DS2	УМ	T(10)	Диагноз сопутствующего заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	DS3	УМ	T(10)	Диагноз осложнения заболевания	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией.
	VNOV_M	УМ	N(4)	Вес при рождении	Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать.
	CODE_MES1	УМ	T(20)	Код МЭС	Классификатор МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта.
	CODE_MES2	У	T(20)	Код МЭС сопутствующего заболевания	
	RSLT	O	N(3)	Результат обращения/госпитализации	Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (V009).
	ISHOD	O	N(3)	Исход заболевания	Классификатор исходов заболевания (V012).
	PRVS	O	N(4)	Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон	Классификатор медицинских специальностей (V015). Указывается значение параметра «Code». (В справочнике Special.dbf – поле PRVS3)
	VERS_SPEC	O	T(4)	Код классификатора медицинских специальностей	Всегда указывается значение «V015».
	IDDOKT	O	T(25)	Код врача, закрывшего	Территориальный справочник.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				талон/историю болезни	При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXXX
OS_SLUCH	NM	N(1)		Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью	Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.
IDSP	O	N(2)		Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. Указывается значение 13 – «Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)».
ED_COL	Y	N(5.2)		Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
TARIF	Y	N(15.2)		Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
SUMV	O	N(15.2)		Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
OPLATA	Y	N(1)		Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).
SUMP	Y	N(15.2)		Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	SANK_IT	У	N(15.2)	Сумма санкций по случаю	Равна сумме описанных ниже санкций.
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	
<i>Сведения о санкциях</i>					
SANK	S_CODE	О	T(36)	Идентификатор санкции	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	О	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	О	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	О	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкциям.
	S_IST	О	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<i>Сведения об услуге</i>					
USL	IDSERV	О	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных финансовых потоков одной услуги указывать один номер. Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU	О	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	PODR	У	N(8)	Код отделения	Отделение МО лечения из регионального справочника
	PROFIL	О	N(3)	Профиль	Классификатор V002. (В соответствии со справочником Special.dbf – поле PRMP2)
	VID_VME	У	T(15)	Вид медицинского вмешательства	Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001)

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	DET	O	N(1)	Признак детского профиля	0-нет, 1-да.
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS	O	T(10)	Диагноз	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики
	CODE_USL	O	T(20)	Код услуги	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике. Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
	KOL_USL	O	N(6.2)	Количество услуг (кратность услуги)	Указывается в зависимости от вида услуг: 1) Круглосуточный стационар (Ruprose= K): 1 (законченный случай).
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего финансового потока услуги.
	SUMV_USL	O	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего финансового потока услуги
	PRVS	O	N(9)	Специальность медработника, выполнявшего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf – поле PRVS3)
	CODE_MD	O	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником. При отсутствии врача в справочнике – СНИПС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXXXXX
	COMENTU	Y	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ " " Кодируемые поля см. в таблице 2.2.

Таблица 2.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	C	2			Тип файла: 02 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по стационару; 12 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару.

Таблица 2.2 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FSS_TRAUMA	N	1	0		Признак лечения по несчастному случаю: 0 – не несчастный случай; 1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС; 2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено; 3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено;
COD_PRER	N	1	0	Prer.dbf	Код незаконченного лечения. Если выписная койка в движении не относится к высокотехнологичной медпомощи.
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления: - до апреля 2014 - на начало отчетного периода (первое число месца), - начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месца).
MEDUS_ID	C	250		Uslugi.dbf	Перечень медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медуслуг, то все они перечисляются через разделитель «_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
DATE_TAR	D	10		Hmp_Tar.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГГ-ММ-ДД
KPG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-профильной группы (на тех койках в движении, которые не относятся к оказанию ВМП)
KSG	N	3	0	Ksg.dbf	Код клинико-статистической группы (на тех койках в движении, которые не относятся к оказанию ВМП)
BED_CARE	N	3	0		Количество койко-дней по уходу
HEIGHT	N	2	0		Рост новорожденного
WEIGHT	N	4	0		Вес новорожденного

1.3 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотрам взрослого населения

Имя файла формируется по следующему принципу:

XPiNIPr\_YUMN.XML, где

X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:

- DP - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DV - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- DO - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
- DS - для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- DU - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- DF - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических);
- DD - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (предварительных);
- DR - для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (периодических).

Pi – Параметр, определяющий организационно-источник:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

Ni – Номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

Pp – Параметр, определяющий организацию -получателя:

T – ТФОМС;

S – СМО;

M – МО.

№р – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

УУ – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

ММ – порядковый номер месяца отчетного периода.

N – тип передаваемых данных:

01 – файл персонафицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;

11 – файл персонафицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике.

Таблица 3 – Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о медицинской помощи)</i>					
ZL_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	SCHET	O	S	Счёт	Информация о счёте
	ZAP	OM	S	Записи	Записи о случаях оказания медицинской помощи
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
<i>Счёт</i>					
SCHET	CODE	O	N(8)	Код записи счёта	Уникальный код (например, порядковый номер).
	CODE_MO	O	T(6)	Реестровый номер МО	Код МО – юридического лица. Справочник F003.
	YEAR	O	N(4)	Отчетный год	
	MONTH	O	N(2)	Отчетный месяц	
	NSCHET	O	T(15)	Номер счёта	Соответствует полю NREESTR в файле формата DBF.
	DSCHET	O	D	Дата выставления счёта	В формате ГГГГ-ММ-ДД

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	PLAT	У	T(5)	Плательщик. Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SUMMAV	О	N(15.2)	Сумма МО, выставленная на оплату	
	COMENTS	У	T(250)	Служебное поле к счету	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 3.1. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “ ”
	SUMMAP	У	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_MEK	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭК)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.
	SANK_MEE	У	N(15.2)	Финансовые санкции (МЭЭ)	Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.
	SANK_EKMP	У	N(15.2)	Финансовые санкции (ЭКМП)	Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.
	DISP	У	T(3)	Тип диспансеризации	Классификатор типов диспансеризации V016.
<i>Записи</i>					
ZAP	N_ZAP	О	N(8)	Номер позиции записи	Уникально идентифицирует запись в пределах счета.
	PR_NOV	О	N(1)	Признак исправленной записи	0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления.
	PACIENT	О	S	Сведения о пациенте	
	SLUCH	ОМ	S	Сведения о случае	
<i>Сведения о пациенте</i>					
PACIENT	ID_PAC	О	T(36)	Код записи о пациенте	Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	VPOLIS	O	N(1)	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с F008.
	SPOLIS	У	T(10)	Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	
	NPOLIS	O	T(20)	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Для полисов единого образца указывается ЕНП.
	ST_OKATO	У	T(5)	Регион страхования	Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных
	SMO	У	T(5)	Реестровый номер СМО.	Заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться.
	SMO_OGRN	У	T(15)	ОГРН СМО	Заполняются при возможности указать реестровый номер СМО.
	SMO_OK	У	T(5)	ОКАТО территории страхования	Только для файлов персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
	SMO_NAM	У	T(100)	Наименование СМО	Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО. Только для файлов персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ.
<i>Сведения о случае</i>					
SLUCH	IDCASE	O	N(11)	Номер записи в реестре случаев	Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.
	VIDPOM	O	N(4)	Вид помощи	Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008.
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника.



Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	NHISTORY	O	T(50)	Номер карты	
	DATE_1	O	D	Дата начала лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_2	O	D	Дата окончания лечения	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DS1	O	T(10)	Диагноз основной	Код из справочника МКБ до уровня подрубрики.
	RSLT_D	O	N(1)	Результат диспансеризации	Классификатор результатов диспансеризации V017(для тарифицируемых записей по диспансеризации и медицинским осмотрам). Для записей, отражающих осмотры специалистами в рамках диспансеризации или медицинского осмотра, указывать значение 0.
	IDSP	O	N(2)	Код способа оплаты медицинской помощи	Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010. (В соответствии со справочником Purpose.dbf – поле IDSP)
	ED_COL	Y	N(5.2)	Количество единиц оплаты медицинской помощи	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	TARIF	Y	N(15.2)	Тариф	Не заполняется, т.к. указывается в элементе USL.
	SUMV	O	N(15.2)	Сумма, выставленная к оплате	Соответствует полю SUMV в файле формата DBF.
	OPLATA	Y	N(1)	Тип оплаты	Оплата случая оказания медпомощи: 0- не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF); 1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF); 2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания») по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK); 3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).
	SUMP	Y	N(15.2)	Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС)	Заполняется СМО (ТФОМС).
	SANK_IT	Y	N(15.2)	Сумма санкций по	Равна сумме описанных ниже санкций.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				случаю	
	SANK	УМ	S	Сведения о санкциях	
	USL	УМ	S	Сведения об услуге	Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая
	COMENTSL	У	T(250)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Кодированные поля см. в таблице 3.2. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ “ ”
<i>Сведения о санкциях</i>					
SANK	S_CODE	O	T(36)	Идентификатор санкций	Уникален в пределах случая.
	S_SUM	O	N(15.2)	Финансовая санкция	
	S_TIP	O	N(1)	Тип санкции	1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.
	S_OSN	O	N(3)	Код причины отказа (частичной) оплаты	F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи.
	S_COM	У	T(250)	Комментарий	Комментарий к санкции.
	S_IST	O	N(1)	Источник	1 – СМО/ТФОМС к МО.
<i>Сведения об услуге</i>					
USL	IDSERV	O	T(36)	Номер записи в реестре услуг	Уникально в пределах FIN_ID=1 услуг одного типа передаваемых данных. При кодировании разных финансовых потоков одной услуги указывать один номер. Соответствует полю N_ZAP в файле формата DBF.
	LPU	O	T(6)	Код МО	МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003.
	LPU_1	У	T(8)	Подразделение МО	Подразделение МО лечения из регионального справочника
	DATE_IN	O	D	Дата начала оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	DATE_OUT	O	D	Дата окончания оказания услуги	В формате ГГГГ-ММ-ДД

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
	TARIF	У	N(15.2)	Тариф	Для соответствующего финансового потока услуги.
	SUMV_USL	О	N(15.2)	Стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате (руб.)	Для соответствующего финансового потока услуги.
	PRVS	О	N(9)	Специальность медработника, выполнявшего услугу	Классификатор медицинских специальностей (V015). (В справочнике Special.dbf, Rsrch.dbf – поле PRVS3)
	CODE_MD	О	T(25)	Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу	В соответствии с территориальным справочником. При отсутствии врача в справочнике – СНИЛС врача без разделителей с префиксом 's': sXXXXXXXXXX
	COMENTU	У	T(500)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 3.3.

Таблица 3.1 – Поля, кодируемые в элементе COMMENTS

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
FILE_TYPE	C	2			Тип файла: 01 – файл персонализированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике; 11 – файл персонализированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике.

Таблица 3.2 – Поля, кодируемые в элементе COMENTSL

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
NOVOR	C	9			Признак новорожденного. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.); ДД – день рождения; ММ – месяц рождения;

Поле(ID)	Тип поля	Леп	Dec	Справочник	Комментарий
LPU_FROM	N	4	0	Lpu.dbf	ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (один знак).
COD_MKB1	C	250		Mkb.dbf	Код МО, из которой привлечен специалист для проведения осмотра, в рамках диспансеризации или медицинского осмотра. Код диагноза по справочнику МКБ-10 (соответствующее заболевание) до уровня подрубрики. Если имеется одновременно несколько диагнозов, заполняется по шаблону "X X X" (« » - символ подчеркивания).
OS_SLUCH	C	3			Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью. Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента (родителя (представителя) пациента, отсутствует отчетство. Заполняется по шаблону "X_X" (« » - символ подчеркивания). Если имеется одновременно несколько особых случаев, коды проставляются в порядке возрастания (например: 1_2, где «_» - символ подчеркивания). Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется.

Таблица 3.3 – Поля, кодируемые в элементе COMENTU

Поле(ID)	Тип поля	Леп	Dec	Справочник	Комментарий
KVAL	C	1			Квалификация врача: «В» - врач, «Ф» - фельдшер (поликлиника).
ATTACH	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления: - до апреля 2014 - на начало отчетного периода (первое число месяца), - начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).
MEDUS_ID	C	250			Перечень элементов, характеризующих диспансеризацию и медицинские осмотры: sg - Признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения; cs - Код тарифа по оплате случая диспансеризации или случая медицинского осмотра; age_disp - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в данном возрастном периоде. Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.
DATE_TAR	D	10		Tarif.dbf	Дата начала действия тарифа услуги (соответствующего фин. потока) в формате ГГГ-ММ-ДД
VISIT_DATE	D	10			Дата посещения (осмотра специалистом в рамках случая диспансеризации или медицинского осмотра). Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации или медицинского осмотра указывается дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром. В формате ГГГГ-ММ-ДД
ATTACH_VIS	N	4	0	Lpu.dbf	Код МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в файле персонафицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике.
CODE_USL	C	20		Usl_Fin.dbf	Территориальный классификатор услуг USL_FIN. Указывается код UF_ID. Финансовые потоки (FIN_ID): 1-tarif – основной тариф Услуги (USL_ID) кодируются в справочнике.

Поле(ID)	Тип поля	Len	Dec	Справочник	Комментарий
					Связь USL_FIN и USL_UNION по коду USL_ID.
KOL_USL	N	6	2		Указывается в зависимости от вида услуг: 1) Посещения в поликлинике (Place=1): 1 (посещение); 2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): 0.00 (УЕТ) (поле UET в файле формата DBF).

#### 1.4 Структура файла персональных данных

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H указывается L.

Таблица 4 – Файл персональных данных

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
<i>Корневой элемент (Сведения о помощи)</i>					
PERS_LIST	ZGLV	O	S	Заголовок файла	Информация о передаваемом файле
	PERS	OM	S	Данные	Содержит персональные данные пациента
<i>Заголовок файла</i>					
ZGLV	VERSION	O	T(5)	Версия взаимодействия	2.1
	DATA	O	D	Дата	В формате ГГГГ-ММ-ДД
	FILENAME	O	T(26)	Имя файла	Имя файла без расширения.
	FILENAME1	O	T(26)	Имя основного файла	Имя основного файла без расширения и без префикса «H».
<i>Данные</i>					
PERS	ID_PAC	O	T(36)	Код записи о пациенте	Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи.
	FAM	Y	T(40)	Фамилия пациента	FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо
	IM	Y	T(40)	Имя пациента	реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается
	OT	Y	T(40)	Отчество пациента	соответствующее значение, и реквизит не указывается. OT (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
					Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отличным от нуля.
W		O	N(1)	Пол пациента	Заполняется в соответствии с классификатором V005.
DR		O	D	Дата рождения пациента	В формате ГГГГ-ММ-ДД. Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4». Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5». Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.
DOST		UM	N(1)	Код надёжности идентификации пациента	1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
FAM_P		У	T(40)	Фамилия представителя пациента	Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля.
IM_P		У	T(40)	Имя представителя пациента	FAM_P (фамилия представителя) и/или IM_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ.
OT_P		У	T(40)	Отчество представителя	В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				пациента	реквизит не указывается.
	W_P	У	N(1)	Пол представителя пациента	OT_P (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение.
	DR_P	У	D	Дата рождения представителя пациента	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4».
	DOST_P	УМ	N(1)	Код надёжности идентификации представителя	Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5».
	MR	У	T(100)	Место рождения пациента или представителя	Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.
	DOCSTYPE	У	T(2)	Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место.
	DOCSE	У	T(10)	Серия документа,	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность.
					F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».
					При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
					При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле

Код элемента	Содержание элемента	Тип	Формат	Наименование	Дополнительная информация
				удостоверяющего личность пациента или представителя	может не заполняться.
DOCNUM		У	Т(20)	Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя	При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться.
SNILS		У	Т(14)	СНИЛС	СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии.
ОКАТОГ		У	Т(11)	Код места жительства по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
ОКАТОР		У	Т(11)	Код места пребывания по ОКАТО	Заполняется при наличии сведений
СОМЕНТР		У	Т(250)	Служебное поле	Передача дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение# Разделитель между полями: символ “ ” Кодируемые поля см. в таблице 4.1



Таблица 4.1 – Поля, кодируемые в элементе СОМЕНТР

Поле(ID)	Тип	Леп	Дес	Справочник	Комментарий
CITYSTREET	C	15			Код места жительства пациента (представителя) – поликлиника, стационар, параклиника Адрес вызова – скорая помощь
HOUSE	N	4	0		Номер дома (для скорой помощи - адреса вызова)
IND_HOUSE	C	3			Индекс дома (для скорой помощи - адреса вызова)
ROOM	N	4	0		Номер квартиры (для скорой помощи - адреса вызова)
IND_ROOM	C	1			Индекс квартиры (для скорой помощи - адреса вызова)
STATUS	N	1	0		Статус пациента: 0 – неработающий; 1 – работающий
SMO_NAT	N	2		Smo.dbf	Код СМО из территориального справочника (в случае, если это филиал СМО и его нет в справочнике F002) для файлов персонализированного учета застрахованных Челябинской области.

### Структура файлов нормативно-справочной информации

#### Структура справочника **regions.dbf** (Справочник регионов РФ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TF	N	4	0	Код региона
OKATO	C	5		ОКАТО территории
N_REG	N	2	0	Номер региона
REG	C	2		Код региона по КЛАДР
NAME	C	30		Наименование региона
ACTUAL	L	1	0	Признак действующего
ZATO	L	1	0	Признак ЗАТО
E_MAIL	C	50		Электронный адрес ТФОМС региона
POLUCH	C	50		Город
INN	C	10		ИНН ТФОМС
FOND	C	120		Название ТФОМС
RCH	C	20		Расчетный счет
MFO	C	9		БИК
NAMEB	C	45		Наименование ГРКЦ
GOROD	C	35		Административный центр
KCH	C	20		Корреспондентский счет
MFORKC	C	18		БИК РКЦ
OKPO	C	8		ОКПО
OKONX	C	5		ОКОНХ
ADRES	C	60		Адрес ТФОМС
KPP	C	9		КПП
VIPNET	C	50		Название узла/абонента
NAME2	C	40		Наименование субъекта РФ в родительном падеже для оплаты счета
BOSS	C	40		ФИО директора фонда в дательном падеже для оплаты счета
BOSS2	C	40		Имя и отчество директора фонда
KOD_TF	C	2		Код региона

#### Структура справочника **terr.dbf** (Справочник территорий)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TERR_ID	N	3	0	Код территории
NAME	C	25		Наименование территории

#### Структура справочника **city.dbf** (иерархический справочник населенных пунктов)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NAME	C	40		Наименование населенного пункта
SOCR	C	10		Вид населенного пункта (сокращенно)
CODE	C	11		Код населенного пункта
INDEX	C	6		Почтовый индекс
DATEOPER	D	8	0	Дата внесения/изменения записи

Структура справочника **street.dbf** (Справочник улиц)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NAME	C	40		Наименование улицы
SOCR	C	10		Тип улицы
CODE	C	15		Код улицы
INDEX	C	6		Почтовый индекс
STREET_NPP	N	7	0	Уникальный код улицы
DATEOPER	D	8	0	Дата изменения записи
CITY_IDM	C	11		Код основного населенного пункта для данной улицы (для дублей)
STREET_IDM	C	4		Код основной улицы для данной улицы (для дублей)
DATEDEL	D	8	0	Дата удаления улицы

Структура справочника **doctype.dbf** (перечень типов документов)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
CODE	N	2	0	Код типа документа
NAME	C	80		Наименование
SOKR	C	20		Наименование (сокращенно)
SDOCTMPL	C	9		Шаблон серии документа
NDOCTMPL	C	8		Шаблон номера документа

Структура справочника **fio\_exc.dbf** (список исключений ФИО для входного контроля)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
FAMILY	C	25		Фамилия
NAME	C	25		Имя
FATHER	C	25		Отчество

Структура справочника **mkb.dbf** (международный классификатор болезней)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
CODE	C	7		Код заболевания
NAME	C	255		Наименование
TERR_USE	C	1		Признак вхождения в территориальную программу ОМС
BASE_USE	C	1		Признак вхождения в базовую программу ОМС
OVER_BASE	C	1		Признак «сверх базовой программы ОМС»

Структура справочника **place.dbf** (Справочник способов оплаты)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
PLACE	N	2	0	Код способа оплаты
COMMENT	C	35		Наименование
FUNICUM	N	1	0	Вид: 1 – поликлиника, 2 – ДС поликлиники, 3 – стоматология, 4 – КС, 6 – скорая помощь
SOKR	C	15		Наименование (сокращенно)

Структура справочника **purpose.dbf** (Справочник по целям посещений)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
PLACE	N	2	0	Код способа оплаты (place.dbf)
PURPOSE	C	2		Код цели посещения
UET BEG	N	5	2	Начало диапазона UET
UET END	N	5	2	Окончание диапазона UET

COMMENT	C	30		Наименование
SOKR	C	5		Наименование (сокращенно)
IDSP	N	2	0	Для связки со справочником V010

Структура справочника **special.dbf** (медицинские специальности\профили)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код специальности (профиля койки)
NAME	C	40		Наименование специальности (профиля койки)
COD_STAT	C	7		Код строки годового отчета
TYPED	N	1	0	0 – взрослый, 1 – детский
FUNICUM	N	1	0	Код профиля помощи: 1 – поликлиника, 2 – ДС и СД при поликлинике, 3 – стоматология, 4 – КС, 6 – скорая помощь.
FINANS	N	1	0	1-финансируется, 0 - нет
COD_SLUGB	N	3	0	Код службы для экспертов
GKOD	C	3		Код по классификатору Минздрава Челябинской области
COD_PSLUGB	N	3	0	Код подслужбы для экспертов
COD_PROFIL	N	4	0	Код профиля для муниципального заказа
PRMP	N	2	0	Профиль медицинской помощи (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97 )
PRVS	C	9		Профиль врачебной спец-ти (приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97 )
VIDMP	N	1	0	В соответствии со справочником V008.
PRMP2	N	3	0	В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	В соответствии со справочником V004.
SEX	N	1	0	Разрешенный пол: 0 - женский, 1 - мужской, 2 - Ж+М
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры: DISP_TYP – тип диспансеризации (медицинского осмотра); DISP_LEVEL – уровень диспансеризации (медицинского осмотра); AGE - возрастной период; SCHOOL – тип образовательного учреждения для предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних: 1 – ДООУ; 2 – ООУ; 3 – ОУПО; STOM_PROF: 1 – врач стоматологического профиля; 2 – врач-ортодонт; REANIM – тариф для оплаты реанимационной койки; NOVOR - тариф для оплаты койки «Для новорожденных»; A16 – признак обязательного наличия операции для применения тарифа; CZ – тарифы для Центров здоровья; KPG=0 – признак того, что в файле персонифицированного учета в записи с данным кодом тарифа не нужно указывать КПП/КСГ; WEIGHT=500-1499 – вес новорожденного с ЭНМТ и ОНМТ; FAP – фельдшер ФАП; KDC – тарифы для оплаты консультаций врачей-специалистов КДЦ; MINVOP - тарифы для оплаты малоинвазивных операций; PATHOLOGY - тариф для оплаты койки

				«Патология новорожденных» ; TERAP – признак терапевтической специальности или общепрофильной бригады скорой медицинской помощи; KVAL – ограничение на квалификацию специалиста/бригады скорой помощи (В- врач/врачебная, Ф-фельдшер/фельдшерская); NEOTLOG – признак неотложной помощи (для поликлиники); OVER_BASE – признак тарифа «сверх базовой программы ОМС»; SPEC_TAR – индивидуальный тариф для МО, применение которого описано в Тарифном соглашении; BEREM – тариф для оплаты коек: BEREM=1 - «Для беременных и рожениц»; BEREM=2 - «Для беременных и рожениц с новорожденным(и)»; REABIL – признак «Реабилитационной» койки/специальности; ЕКО – признак «ЭКО»; ONCO – тариф для оплаты коек/ специальностей: ONCO = 1 – «Онкологические»; ONCO = 2 – «Радиологические»; ONCO = 3 – «Химиотерапевтические».
PRVS3	N	4	0	В соответствии со справочником V015.

Структура справочника **specmkb.dbf** (Справочник разрешенных кодов МКБ для медицинских специальностей)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
COD_SPEC	N	4	0	Код медицинской специальности (из special.dbf)
COD_MKB	C	7		Код МКБ
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия

Структура справочника **rsrch.dbf** (Справочник обследований по параклинике)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код обследования
NAME	C	250		Наименование обследования
OTDEL_ID	N	2	0	Код отделения диагностики(цель, из purpose.dbf)
UE	N	10	2	Кол-во УЕТ для данного обследования
PRVS	C	9		Код специальности врача (справочник prvs.dbf(приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
COMPLEXITY	N	1	0	Категория сложности (КТ,МРТ) 1-4
PRMP	N	2	0	Код медицинской помощи (справочник prmp.dbf(приказ ФФОМС от 08.05.2009г № 97)
AGE	N	2	0	Максимальный возраст пациента, к которому применяется детский тариф
VIDMP	N	1	0	Вид медицинской помощи. В соответствии со справочником V008.
NAMESHORT	C	30		Короткое наименование
PRMP2	N	3	0	Код медицинской помощи. В соответствии со справочником V002.
PRVS2	N	9	0	Код специальности врача. В соответствии со справочником V004.

PROFIL	N	4	0	Код профиля по муниципальному заданию
PRVS3	N	4	0	Код специальности врача. В соответствии со справочником V015.

Структура справочника **uslugi.dbf** (Перечень хирургических операций для стационара)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MEDUS_ID	N	2	0	Код хирургической операции
MEDUS_NAME	C	40		Наименование операции

Структура справочника **prer.dbf** (виды прерывания лечения)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
C PRER	N	2	0	Код прерывания
N PRER	C	40		Наименование

Структура справочника **lpu.dbf** (иерархический справочник МО)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код МО
NPPREV	N	2	0	Код родителя
NAME	C	50		Наименование
GTER	C	2		Код территории по классификатору Минздрава Челябинской области
GKOD	C	2		Код МО на этой территории (GTER+GKOD = код МО Минздрава Челябинской области)
CATEGORY	N	1	0	Категория МО
AGE	N	1	0	Тип МО: 0 – взрослая; 1 – детская; 2 – взрослая (в том числе детская).
FOMC	L	1	0	Находится ли в системе ОМС
AKT	C	10		Номер действующей лицензии
D_BEG	D	8	0	Дата начала действия лицензии
D_END	D	8	0	Дата окончания лицензии
PERSON	L	1	0	Юридическое лицо
LEVEL	N	2	0	Уровень ( федеральный, областной ... )
FATHER	N	2	0	Подчиняется ( Минздрав, РАН , ... )
NUM BEDS	N	4	0	Количество коек в МО
NUM_OMC	N	4	0	Из них в системе ОМС
FIO	C	40		ФИО главврача
ADRESS	C	80		Адрес
PHONE	C	25		Телефон
TYPE1	L	1	0	Является ли поликлиникой
TYPE2	L	1	0	Является ли стационаром
BEG	N	2	0	Дата учетного периода
OKPO	C	8		Код по ОКПО
INN	N	12	0	ИНН
OKOPF	C	2		Код по ОКОПФ
VEDOMST	N	2	0	Код принадлежности к ведомству
FAX	C	15		Факс
GTER_OLD	C	4		
GKOD_OLD	C	7		
OKATO	C	11		ОКАТО
OGRN	C	15		ОГРН
OKVED	C	8		Код МО по ОКВЭД
OKOGU	C	5		Код МО по ОКОГУ
KPP	N	9	0	КПП

DLO	L	1	0	Работает по программе дополнительного лекарственного обеспечения
BEGS	N	2	0	Начало отчетного периода для стационара
DMP	N	1	0	Работает по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DOGOV	C	6		Договор по программе "доп. мед. помощи"
DMP_DATE	D	8	0	Дата начала договора "доп. мед. помощи"
DMP_DATE2	D	8	0	Дата окончания договора "доп. мед. помощи"
DLO_DATE	D	8	0	Дата начала работы по ДЛО
BUX	C	40		ФИО главного бухгалтера
VED_DATE	D	8	0	Вед.мед.выплаты (начало)
VED_DATE2	D	8	0	Вед.мед.выплаты (конец)
VED_DOGOV	C	6		Вед.мед.выплаты (номер договора)
SELF_STOM	L	1	0	Признак самостоятельной стоматологии
PENS_DOGOV	C	6		Выплаты пенсионерам (номер договора)
PENS_DATE	D	8	0	Выплаты пенсионерам (начало)
PENS_DATE2	D	8	0	Выплаты пенсионерам (конец)
RAB_DOGOV	C	9		Номер договора с ФСС
RAB_DATE	D	8	0	Начало действия договора с ФСС
RAB_DATE2	D	8	0	Окончание действия договора с ФСС
TYPEUZ	N	1	0	Тип АПУ
LPUPAY	N	4	0	Головное МО
NAMEFULL	C	80		Полное наименование
AKT_OLD	C	10		Номер предыдущей лицензии
D_BEG_OLD	D	8	0	Дата начала действия предыдущей лицензии
D_END_OLD	D	8	0	Дата окончания предыдущей лицензии
GOSZAKAZ	L	1	0	Признак наличия госзаказа
ADRESSPOST	C	80		Почтовый адрес
ORG	N	1	0	Признак подчиненности
PHONE_REG	C	25		Телефон регистратуры
E_MAIL	C	30		Адрес электронной почты
DATE_BEG	D	8	0	Дата включения в справочник
DATE_END	D	8	0	Дата исключения из справочника
DTZAP	D	8	0	Дата последнего редактирования
FS	N	1	0	Форма собственности
U_MP	N	1	0	Учет объемов специализированной медицинской помощи по законченному случаю на основании федеральных стандартов
HT_MP	N	1	0	Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в системе ОМС
SP_MP	N	1	0	Оказание специализированной медицинской помощи в системе ОМС
SKOR_MP	N	1	0	Оказание скорой медицинской помощи в системе ОМС
AVIA_MP	N	1	0	Оказание специализированной.(санавиация).скорой медицинской помощи в системе ОМС
NOR_PAY	N	1	0	2 – МО, финансируемые по подушевому тарифу
FS_PAY	N	1	0	Получает средства за оказанную медицинскую помощь на основании федеральных стандартов
M_OUT	N	1	0	Размещает услуги немедицинского характера в других организациях
PAY_WORK	N	1	0	Использует новую отраслевую систему оплаты труда
M_NP1	N	1	0	Участствует в дополнительной диспансеризации граждан
M_NP2	N	1	0	Участствует в диспансеризации детей в трудной жизненной ситуации
MASTER	L	1	0	Признак фондодержания

TYPE3	L	1	0	Признак наличия реанимации
KT_COMPLEX	C	4		Финансирование исследований КТ и МРТ по категориям сложности (не используется)
WWW	C	100		Адрес сайта организации
NAME_E	N	2	0	Причина исключения МО из реестра МО. 1- утрата (приостановление либо прекращение) права на осуществление медицинской деятельности; 2- ликвидация медицинской организации; 3- банкротство медицинской организации; 4- иные случаи, предусмотренные законодательством РФ, препятствующие осуществлению деятельности в сфере ОМС. Заполняется при наличии данных в поле d_end
DUVED	D	8	0	Дата уведомления об осуществлении деятельности в сфере ОМС.
NAMEMOK	C	100		Краткое наименование для реестра ФФОМС
NAMESHORT	C	40		Краткое наименование (для отчетов)

Структура справочника **lpuhist.dbf** (История изменений значений полей справочника lpu.dbf)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	4	0	Код МО
NAME_FLD	C	10		Имя поля
TYPE_FLD	C	1		Тип поля: N - число, D - дата, C - строка, L - логическое 1\0
VAL_N	N	14	2	Значение: число
VAL_D	D	8	0	Значение: дата
VAL_C	C	250		Значение: текст
VAL_L	N	1	0	Значение: 1\0
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия значения
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия значения
COMMENT	C	250		Комментарий

Структура справочника **lpufrom.dbf** (Справочник МО, прикрепленных к межрайонным пренатальным центрам)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
COD_LPU	N	4	0	Код МО, на базе которого организован пренатальный центр
TERR_FROM	N	4	0	Код территории, прикрепленной к пренатальному центру
RSRCH_ID	C	15		Разрешенные исследования или группы исследований (из rsrch.dbf)

Структура справочника **smo.dbf** (Справочник страховых компаний)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	2	0	Код
NAME	C	30		Наименование
DIR	C	8		Каталог для сохранения каких-либо выходных файлов
PRIZN_OLD	L	1	0	1 - недействующая СМО
PRIZN_SMO	L	1	0	0 - филиал, 1 - СМО
COD_OKPO	C	8		Код по ОКПО
DATE_END	D	8	0	Дата окончания деятельности
SMO_ASSIGN	N	2	0	Код СМО-преемника
END_ASSIGN	D	8	0	Дата прекращения действия преемственности
PRIZN_POP	N	2	0	-1 - нет данных, 0 - имеет полисы неработающих, 1 - работающих, 2 - и тех, и других



Структура справочника **smohist.dbf** (История изменений значений полей справочника smo.dbf)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
NPP	N	2	0	Код СМО
PRIZN_POP	N	2	0	-1 - нет данных, 0 - имеет полисы неработающих, 1 - работающих, 2 - и тех, и других
DATE_BEG	D	8	0	Дата начала действия
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия

Структура справочника **sp\_brig.dbf** (Состав бригады скорой помощи (сумма значений кодов из справочника))

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	50		Наименование

Структура справочника **sp\_from.dbf** (Место вызова скорой помощи)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	50		Наименование

Структура справочника **sp\_reas.dbf** (Повод для вызова скорой помощи)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	50		Наименование

Структура справочника **sp\_vid.dbf** (Вид вызова скорой помощи)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Код
NAME	C	50		Наименование

Структура справочника **tarif.dbf** (тарифы медицинской помощи).

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
COD_SPEC	N	4	0	Код специальности по справочнику special
CATEGORY	N	1	0	Категория (уровень) МО
PLACE	N	1	0	Место обслуживания
PURPOSE	C	1		Цель посещения
TARIF	N	10	2	Тариф
DATE_TAR	D	8	0	Дата приказа по тарифу
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа
PRIZNAK	L	1	0	Признак «действующий тариф»
TYPE_R	N	1	0	Тип реанимации на профилях для беременных и рожениц (в данный момент не используется): 0 – реанимация была только у роженицы, 1 – только у новорожденного, 2 – у обоих
LONG_R	N	1	0	Срок пребывания в отделении реанимации для пролеченного больного с реанимацией (с 01.01.2014года не заполняется): 0 - нет реанимации; 1 - до 1 суток; 2 - от 2 суток до 4; 3 - более 4 суток; почасовая реанимация: 4 - <1суток. (clock<=8); 5 - 1сутки. (8<clock <= 36);

				6 - 2суток. (36<clock<= 56); 7 - 3суток. (56<clock<= 80); 8 - 4суток. (80<clock<= 104); 9 - >4суток.(clock>104) (стационар круглосуточный)
MUT_FD	N	1	0	Признак тарифа для взаиморасчетов: 0 – обычный тариф, 1 – тариф для взаиморасчетов при подушном финансировании АПП (для Челябинской области; для других территорий до декабря 2013), 2 – тариф для взаиморасчетов при подушном финансировании АПП (для других территорий с января 2014).

Структура справочника **sizetar.dbf** (Размеры (в процентах) от среднепрофильных тарифов круглосуточного стационара)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
ID	N	2	0	Ключ
PR	N	3	0	Размер тарифа (процент от тарифа). Значения от 1 до 100.
DAY1	N	2	0	Период лечения в днях (нижняя граница).
DAY2	N	2	0	Период лечения (верхняя граница). Если пустое значение, то продолжительность не ограничена.
DATE BEG	D	8	0	Дата начала действия размера тарифа
DATE END	D	8	0	Дата окончания действия размера тарифа
COMMENT	C	250		Описание размера тарифа

Структура справочника **ptarif.dbf** (Справочник тарифов по параклинике)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код услуги(обследования) по параклинике
CATEGORY	N	1	0	Категория МО
PURPOSE	C	2		Цель посещения
TARIF	N	10	2	Величина тарифа
DATE TAR	D	8	0	Дата начала действия тарифа
DATE END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа
PRIZNAK	L	1	0	1 - Действующий тариф
COND_ID	N	3	0	Код условий применения тарифа (cndptar.dbf)
TYPED	N	1	0	0-взрослый тариф, 1-детский

Структура справочника **cndptar.dbf** (условия применения тарифа параклинической помощи)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
RSRCH_ID	C	15		Код услуги(обследования) по параклинике
COND_ID	N	3	0	Код условия оказания помощи
NAME	C	40		Наименование условия
SHORTNAME	C	15		Наименование условия (сокращенно)

Структура справочника **tarifpf.dbf** (Справочник тарифов на подушное финансирование)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TYP	N	2	0	Тип тарифов: 1 скорая помощь, 2 поликлиника, 3 одноканальное.
DATE TAR	D	8	0	Начало действия тарифа
DATE END	D	8	0	Окончание действия тарифа

COD_LPU	N	4	0	Код МО
TARIF	N	10	0	Подушевой тариф, руб.

Структура справочника **sngltar.dbf** (Справочник тарифов для одноканального финансирования)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
COD_LPU	N	4	0	Код МО (из lpu.dbf)
PLACE	N	2	0	Способ оплаты (из place.dbf)
PURPOSE	C	2		Цель посещения (из purpose.dbf)
TARIF	N	10	2	Размер тарифа, руб.
MUT_FD	N	1	0	0 - базовый тариф, 1 - тариф взаиморасчетов при подушевом финансировании
RSRCH_ID	C	15		Код обследования при разделении тарифа по видам обследований, пусто - на весь Purpose
DATE TAR	D	8	0	Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8	0	Дата окончания действия тарифа

Структура справочника **usl\_union.dbf** (Таблица объединенных мед услуг)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
USL_ID	N	6	0	Код медицинской услуги
COD_SPEC	N	4	0	Код медицинской специальности (special.dbf)
RSRCH_ID	C	15		Код обследования (rsrch.dbf)
COND_ID	N	3	0	Код условия применения тарифа параклинической помощи (cndptar.dbf)
MES_ID	N	6	0	Код стандарта. Заполняется 0.
MODEL_ID	N	3	0	Код модели. Заполняется 0.
PLACE	N	2	0	Код способа оплаты (place.dbf)
PURPOSE	C	2		Код цели посещения (purpose.dbf)
LONG_R	N	1	0	Срок пребывания в отделении реанимации для пролеченного больного с реанимацией (из tarif.dbf)
DB	D	8	0	Дата начала действия
DE	D	8	0	Дата окончания действия
MSG	C	50		Комментарий
UPD	N	4	0	Номер обновления

Структура справочника **usl\_fin.dbf** (Допустимые сочетания медицинской услуги и финансового потока)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
UF_ID	N	7	0	Код сочетания
USL_ID	N	6	0	Код медицинской услуги (usl_union.dbf)
FIN_ID	N	2	0	Финансовый поток: 1-tarif – основной тариф 2-tarif_ff – федеральный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 3-tarif_tf – территориальный тариф по программе модернизации (с 01.01.2013 года не используется) 4-tarif_sngl – тариф по одноканальному финансированию (с 01.01.2014 года не используется) 5-tarif_care – тариф по уходу (с 01.01.2014 года не используется)

DB	D	8	0	Дата начала действия
DE	D	8	0	Дата окончания действия
UPD	N	4	0	Номер обновления

Структура справочника **ksg.dbf** (Справочник КПП/КСГ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код клинико-профильной группы (КПП)
KSG_ID	N	3		Код клинико-статистической группы (КСГ). Записи со значениями KSG_ID = 0 отражают данные о КПП.
NAME	C	255		Наименование КПП/КСГ
TYP	N	1		Вид группы: 1 – терапевтическая; 2 – хирургическая; 3 – комбинированная; 4 – прочее
KSG_MU	N	1	0	1 – требует указания медицинской услуги (КСГ содержится в справочнике KSG_MU.DBF); 0 – нет.

Структура справочника **ksg\_mkb.dbf** (Справочник разрешенных МКБ для определенных КПП/КСГ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код КПП
KSG_ID	N	3		Код КСГ.
COD_MKB	C	7		Код диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf)
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия
DATE_END	D	8		Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры*

Структура справочника **ksg\_mu.dbf** (Справочник разрешенных медицинских услуг для определенных КПП/КСГ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код КПП
KSG_ID	N	3		Код КСГ
MEDUS_ID	C	16		Код мед.услуги (справочник uslugi.dbf)
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия
DATE_END	D	8		Дата окончания действия
PARAM_EX	C	250		Дополнительные параметры*

Структура справочника **ksg\_spc.dbf** (справочник соответствий территориальных КСГ (кодов профилей коек (кодов тарифов)) федеральным КПП/КСГ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
KPG_ID	N	3		Код КПП
KSG_ID	N	3		Код КСГ
STAC_ID	N	2		Вид стационара: 1 – круглосуточный стационар; 2 – дневной стационар при круглосуточном; 3 – дневной стационар при поликлинике; 4 – стационар на дому при поликлинике.
COD_SPEC	N	4		Код профиля коек (тарифа) (справочник special.dbf)
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия
DATE_END	D	8		Дата окончания действия

Структура справочника **ksg\_tf.dbf** (территориальный справочник КСГ, соответствующих малоинвазивным операциям)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
STAC_ID	N	2		Вид стационара: 1 – круглосуточный стационар; 2 – дневной стационар при круглосуточном; 3 – дневной стационар при поликлинике; 4 – стационар на дому при поликлинике.
KPG_ID	N	3		Код КПГ
KSG_ID	N	3		Код КСГ
COD_SPEC	N	4		Код профиля коек (тарифа) (справочник special.dbf)
MEDUS_ID	C	16		Код медицинской услуги (справочник uslugi.dbf)
COD_MKB	C	7		Код диагноза в соответствии со справочником МКБ10 (справочник mkb.dbf)
COD_LPU	N	4		Код МО (справочник lpu.dbf)
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия
DATE_END	D	8		Дата окончания действия

**\* Дополнительные параметры**

- 1) Параметр AGE - ограничение по возрасту (в годах) на **начало** госпитализации.  
Синтаксис: {AGE=МинВозраст-МаксВозраст} , где МинВозраст – нижняя граница возраста (включит.), МаксВозраст – верхняя граница возраста (включит.).  
Например: {AGE=0-17} - означает, что возраст пациента на начало госпитализации должен быть меньше 18 лет.
- 2) Параметр DAY - ограничение по возрасту (в днях) на начало госпитализации.  
Синтаксис: {DAY=МинВозраст-МаксВозраст} , где МинВозраст – нижняя граница возраста (включит.), МаксВозраст – верхняя граница возраста (включит.).  
Например: {DAY=0-28} - означает, что возраст пациента на начало госпитализации должен быть меньше 29 дней.
- 3) Параметр SEX - пол пациента.  
Синтаксис: {SEX=0} или {SEX=1}, где SEX=0 – означает женский пол, SEX=1 – означает мужской пол.  
Например: {SEX=1}
- 4) Параметр MAIN – признак того, что для поиска КСГ по коду диагноза МКБ нужно использовать только рубрику (первые 3 символа кода) без уточнения подрубрики. Используется в справочнике **ksg\_mkb.dbf**.  
Синтаксис: {MAIN=1}

Структура справочника **hmp\_mod.dbf** (модели пациента ВМП)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП
NAME	C	1000		Наименование модели пациента ВМП
DIAG	C	1000		Список кодов основного диагноза, разрешенных к использованию для данной модели пациента. В соответствии со справочником МКБ.DBF

Структура справочника **hmp.dbf** (коды тарифов на оплату ВМП)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
VID_HMP	C	9		Код вида ВМП. В соответствии со справочником V018.
METHOD_HMP	N	3	0	Код метода ВМП. В соответствии со

				справочником V019.
VID_LECH	N	1	0	Вид лечения: 1 – терапевтическое; 2 – хирургическое; 3 – комбинированное.
HMP_P17_ID	N	2	0	Код профиля по Приказу ФФОМС от 26.02.2014 №17 – справочник HMP_P17.DBF

Структура справочника **hmp\_p17.dbf** (профили по Приказу ФФОМС от 26.02.2014 №17)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_P17_ID	N	2	0	Код профиля
NAME	C	50		Наименование профиля

Структура справочника **hmp\_tar.dbf** (тарифы на оплату ВМП)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП
COD_LPU	N	4	0	Код медицинской организации. В соответствии со справочником LPU.DBF
TARIF	N	10	2	Размер тарифа
DATE_TAR	D	8		Дата начала действия тарифа
DATE_END	D	8		Дата окончания действия тарифа

Структура справочника **hmp\_mkb.dbf** (соответствие моделей пациента ВМП кодам диагнозов МКБ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
MODEL_HMP	N	4	0	Код модели пациента ВМП. В соответствии со справочником HMP_MOD.DBF
COD_MKB	C	7		Код основного диагноза, разрешенный к использованию для данной модели пациента. В соответствии со справочником МКБ.
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия разрешения
DATE_END	D	8		Дата окончания действия разрешения

Структура справочника **hmp\_spc.dbf** (соответствие кодов тарифов ВМП профилям коек)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
HMP_ID	N	4	0	Код тарифа на оплату ВМП. В соответствии со справочником HMP.DBF
COD_SPEC	N	4		Код профиля койки, разрешенный к использованию для данного ВМП. В соответствии со справочником SPECIAL.DBF
DATE_BEG	D	8		Дата начала действия разрешения
DATE_END	D	8		Дата окончания действия разрешения

Структура справочника **pent.dbf** (численность прикрепленного населения)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
TYP	N	2	0	Тип прикрепления: 1 – к скорой помощи; 2 – к поликлинике.
DAT	D	8		Дата актуальности. До апреля 2014 года – начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – конец отчетного периода (последнее число месяца)
COD_LPU	N	4	0	Код ЛПУ. В соответствии со справочником

				LPU.DBF
COD_SMO	N	2	0	Код СМО. В соответствии со справочником SMO.DBF
CNT	N	7	0	Количество прикрепленных застрахованных

Структура справочника **uip\_exc.dbf** (список исключений ЕНП из входного контроля)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
UIP	C	16		Номер ЕНП
BDAY	D	8		Дата рождения
SEX	N	1	0	Пол: 0 – женский, 1 – мужской
MMGGGGDD	C	8		Фасет, соответствующий дате рождения и полу

Структура справочника **poltmp.dbf** (возможные форматы серий и номеров полисов для СМО других территорий РФ)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
OKATO_OMS	C	5		ОКАТО территории
SERIES	C	40		Шаблон серии: \$ - обязательная арабская цифра # - необязательная арабская цифра & - обязательная латинская буква
NUMBER	C	40		Шаблон номера: \$ - обязательная арабская цифра # - необязательная арабская цифра & - обязательная латинская буква
VPOLIC	N	1	0	Тип полиса ОМС: 1 – полис ОМС старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис ОМС единого образца.

Структура справочника **snpolic.dbf** (справочник серий и номеров временных свидетельств, выдаваемых на территории Челябинской области)

Имя поля	Тип	Длина	Точность	Комментарии
S	C	3		Серия временного свидетельства
NB	N	9	0	Начальный номер временного свидетельства
NE	N	9	0	Конечный номер временного свидетельства
SMO_ID	N	3	0	Код СМО. В соответствии со справочником SMO.DBF

Приложение 3  
к Правилам информационного взаимодействия  
при ведении персонифицированного учета  
медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам  
в системе обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

Порядок информационного взаимодействия  
при ведении персонифицированного учета медицинской помощи,  
оказанной застрахованным лицам в системе обязательного медицинского  
страхования Челябинской области

1. Медицинские организации направляют файлы персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных по программе обязательного медицинского страхования, включая файлы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, имеющим полисы других субъектов Российской Федерации, в ТФОМС Челябинский области в срок не позднее 2-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

2. Управление информационных технологий ТФОМС Челябинский области:

- 1) выполняет форматно-логический контроль записей файлов, выполняет идентификацию страховой принадлежности застрахованного лица в соответствии с регистром застрахованного населения Челябинской области, либо направляет запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц;
- 2) формирует и направляет в медицинские организации протоколы обработки записей файлов, с указанием кодов ошибок. В случае отсутствия ошибок, в медицинские организации направляется протокол с кодом - нет ошибок.

3. Медицинские организации исправляют ошибки в файлах персонифицированного учета, и снова передают исправленные файлы в ТФОМС Челябинский области.

4. Управление информационных технологий ТФОМС Челябинский области:

- 1) выполняет форматно-логический контроль исправленных файлов от медицинских организаций и формирует файлы в разбивке по каждой страховой медицинской организации;
- 2) данные файлы, с протоколами обработки, управление информационных технологий ТФОМС Челябинский области отправляет в медицинские организации в срок не позднее 4-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

5. Файлы персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам, имеющим полисы других субъектов Российской Федерации, остаются в ТФОМС Челябинский области и направляются управлением информационных технологий ТФОМС Челябинский области в отдел по работе с медицинскими организациями ТФОМС Челябинский области для дальнейшей работы.



6. Медицинские организации направляют файлы персонифицированного учета медицинской помощи и счета в страховые медицинские организации для оплаты.

7. СМО выполняют медико-экономический контроль файлов персонифицированного учета медицинской помощи. Результаты МЭК оформляются актом МЭК в соответствии с приложением 1 приказа ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». СМО передают копии актов МЭК в составе отчетов об экспертной деятельности в отдел медицинской экспертизы ТФОМС Челябинский области.

8. СМО направляют файлы персонифицированного учета медицинских услуг в ТФОМС Челябинский области. В целях своевременного осуществления расчетов между СМО и медицинскими организациями, рекомендуемый срок предоставления указанных файлов - не позднее 10-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным.

Управление информационных технологий ТФОМС Челябинский области: 1) выполняет повторный МЭК файлов персонифицированного учета медицинской помощи, полученных от СМО; 2) формирует акты повторного МЭК в соответствии с приложением 1 приказа ФФОМС от 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»; 3) сравнивает результаты МЭК файлов, проведенного СМО и результаты повторного МЭК, проведенного ТФОМС Челябинский области, результаты сравнения передаются в отдел медицинской экспертизы ТФОМС Челябинский области для принятия решений о применении финансовых санкций к СМО.

9. Файлы персонифицированного учета медицинских услуг загружаются в единую базу медицинских услуг ТФОМС Челябинский области, на основании которых отдел финансирования ОМС ТФОМС Челябинский области осуществляет мониторинг финансирования территориальной программы ОМС.

10. Информационное взаимодействие осуществляется через транспортную систему ТФОМС Челябинский области «Медис-транспорт» с использованием сети защищенного информационного обмена VipNet.

**Порядок входного контроля файлов персонифицированного учета  
медицинской помощи**

## **1. Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи**

### *1.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)*

1.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1».

1.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла со сведениями об оказанной медицинской помощи без расширения.

Первый символ в имени файла указывает на вид оказанной медицинской помощи:  
«Н» – основной файл,  
«Т» – высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП),  
«D» – диспансеризация и медицинские осмотры.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам второй символ в имени файла указывает на тип диспансеризации или медицинского осмотра:

«Р» - первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе первый этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны,

«V» - второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе второй этап диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны,

«O» - профилактические медицинские осмотры взрослого населения,

«S» - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

«U» - диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью,

«F» - медицинские осмотры несовершеннолетних (профилактические),

«D» - медицинские осмотры несовершеннолетних (предварительные),

«R» - медицинские осмотры несовершеннолетних (периодические).

Следует учесть, что:

- 1) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам передаются как тарифицируемые записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам, так и записи, отражающие осмотры специалистами в рамках диспансеризации или медицинского осмотра.
- 2) В файле по оказанной ВМП передаются все случаи круглосуточного стационара, оплата которых производится по тарифу для ВМП. При этом движение пациента может содержать только койки, относящиеся к оказанию ВМП. Движение должно содержать не менее одной профильной койки, и может включать в себя реанимационные койки. Следует учесть, что ВМП подается к оплате только тогда, когда она оказана в полном объеме. На койках, относящихся к оказанию ВМП, должно быть указано одно сочетание кода МКБ, модели пациента, метода и вида ВМП. Коек, не связанных с оказанием ВМП, в движении пациента быть не должно.

Последние два символа в имени файла указывают на тип передаваемых данных:

- 01 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике;
- 02 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по стационару;
- 03 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по параклинике;
- 04 – файл персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по скорой помощи;
- 11 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по поликлинике;
- 12 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по стационару;
- 13 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по параклинике;
- 14 – файл персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

Возможные виды оказанной медицинской помощи для каждого типа передаваемых данных: 01 – Н, D; 02 – Н, Т; 03 – Н; 04 – Н; 11 – Н, D; 12 – Н, Т; 13 – Н; 14 – Н.

Следует учесть, что для каждого типа файла в отчетном периоде формируется один пакет (zip-архив), содержащий все необходимые файлы по оказанной медицинской помощи.

Например, в отчетном периоде для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются в одном пакете:

- три файла по видам оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения».

## 1.2 Информация о счете (элемент SCHET)

1.2.1 Поле CODE обязательно для заполнения. Указывается код записи счета, которым может служить, например, порядковый номер счета.

1.2.2 Поле CODE\_MO обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО). Шестизначный код медицинской организации в F003, используя код МО из регионального справочника LPU.DBF, формируется по следующему алгоритму:  $MCOD_{F003} = 740000 + NPP_{LPU.DBF}$

Например, для МО с кодом в региональном справочнике  $NPP=123$  код в F003  $MCOD$  будет равен 740123:  $740000+123=740123$ .

1.2.3 Поле YEAR обязательно для заполнения. Указывается год отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.4 Поле MONTH обязательно для заполнения. Указывается месяц отчетного периода, за который передаются данные персонифицированного учета.

1.2.5 Поле NSCHET обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается номер счета (реестра).

1.2.6 Поле DSCHET обязательно для заполнения. Указывается дата выставления счета в формате ГГГГ-ММ-ДД.

1.2.7 Поле PLAT заполняется при наличии сведений о плательщике оказанной медицинской помощи. Служит для указания реестрового номера СМО в соответствии со справочником F002. Пятизначный код СМО в F002, используя код из регионального справочника SMO.DBF, формируется по следующему алгоритму:  $SMOCOD_{F002} = 74000 + NPP_{SMO.DBF}$

Например, для СМО с кодом в региональном справочнике  $NPP=53$  код в F002  $SMOCOD$  будет равен 74053:  $74000+53=74053$ .

В федеральный реестр СМО F002 передаются коды только головных СМО.

В настоящее время поле не заполняется.

1.2.8 В поле SUMMAV указывается сумма по счету, выставленная на оплату МО Равна сумме значений полей SUMV (элемент SLUCH) по всем позициям счета.

1.2.9 Поле COMENTS является обязательным для заполнения. Служебное поле к счету. Служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в COMENTS:

1.2.9.1 Поле FILE\_TYPE обязательно для заполнения. Соответствует типу передаваемых данных, указанных в имени файла (последние два символа). Указывается тип файла:

01 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике;

02 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по стационару;

03 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по параклинике;

04 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи;

11 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по поликлинике;

12 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по стационару;

13 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по параклинике;

14 – файл персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ по скорой помощи.

1.2.10 В поле SUMMAR указывается сумма по счету, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области). Равна сумме значений полей SUMP (элемент SLUCH) по всем позициям счета. Заполняется СМО (ТФОМС).

1.2.11 Поле SANK\_MEK является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК.

1.2.12 Поле SANK\_MEE является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ.

1.2.13 Поле SANK\_EKMP является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП.

1.2.14 Поле DISP заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в соответствии со справочником V016. В основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

### *1.3 Записи о случаях оказания медицинской помощи (элемент ZAP)*

1.3.1 Поле N\_ZAP обязательно для заполнения. Указывается номер позиции записи в счете (файле персонифицированного учета оказанной медицинской помощи). Уникально в пределах счета (файла).

1.3.2 Поле PR\_NOV обязательно для заполнения. Служит для указания признака исправленной записи: 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления. В настоящее время заполняется значением 0.

#### *1.3.3 Сведения о пациенте (элемент PACIENT)*

1.3.3.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Необходим для связи с файлом персональных данных. Соответствует аналогичному полю в файле персональных данных (элемент PERS). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинская область» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP – I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого

населения», тогда в последовательности всех ID\_PAC из этих файлов значения не повторяются).

1.3.3.2 Поле VPOLIS заполняется в соответствии с F008: 1 – полис ОМС старого образца; 2 – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС единого образца; 3 – полис ОМС единого образца. При отсутствии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле VPOLIS заносится значение 0,
- б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

1.3.3.3 Поле SPOLIS заполняется при наличии серии в документе, подтверждающем факт страхования по ОМС.

а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области для полиса ОМС старого образца и полиса ОМС единого образца поле не заполняется. Для временного свидетельства поле обязательно для заполнения. Серия временного свидетельства в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области должна соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. Допускается использовать русские или латинские буквы, цифры, дефис, пробел.

1.3.3.4 Поле NPOLIS обязательно для заполнения. При наличии документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, указывается его номер, который должен состоять только из цифр. В случае отсутствия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС:

- а) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в поле NPOLIS должно указываться «-1»;
- б) в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ такие записи не передаются.

Для полисов единого образца указывается ЕНП: он должен состоять из 16 знаков; фасеты номера (8 символов – с 3-го по 10-ый) должны соответствовать дате рождения и полу застрахованного (исключения содержатся в файле UIP\_EXC.DBF); в номере должен быть правильно указан 16-ый контрольный разряд.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области номер полиса ОМС старого образца не должен быть больше 19015000; номер временного свидетельства должен соответствовать файлу SNPOLIC.DBF.

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ заполняется в соответствии со справочником форматов серии и номера документа ОМС POLTMPL.DBF. На момент оказания медицинской помощи в регистре застрахованных лиц Челябинской области не должно быть действующего полиса застрахованного лица, которому оказана медицинская помощь.

1.3.3.5 Поле ST\_OKATO является условно-обязательным для заполнения. Указывается OKATO территории выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС, для полисов старого образца при наличии данных. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.6 Поле SMO заполняется в соответствии со справочником F002. При отсутствии сведений может не заполняться. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ OKATO СМО по справочнику F002 должно соответствовать значению поля SMO\_OK (OKATO территории страхования).

1.3.3.7 Поле SMO\_OGRN заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при невозможности указать реестровый номер СМО. В настоящее время не заполняется.

1.3.3.8 Поле SMO\_OK обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Указывается OKATO территории страхования в соответствии со справочником REGIONS.DBF. Для неработающих пациентов регионом страхования может быть только регион постоянной регистрации (CITYSTREET). Для новорожденных детей указывается регион, в котором выдан полис ОМС представителю пациента.

1.3.3.9 Поле SMO\_NAM заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Обязательно для заполнения при отсутствии кода СМО в справочнике F002.

1.3.3.10 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи движения в стационаре.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.3.11 Поле VNOV\_D (вес при рождении) заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок.

Поле может быть заполнено на следующих профилях коек:

- «Для патологии новорожденных» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=1});

- «Для новорожденных» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1});

- «Реанимация для новорожденных» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеются параметры: {REANIM=1}, {NOVOR=1});

- «Реанимация (дет.)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1} и поле TYPED=1).

Поле обязательно заполняется:

- на профилях коек, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр WEIGHT;

- для вида высокотехнологичной медицинской помощи VID\_HMP= «27.00.002» – «Выхаживание новорожденных массой тела до 1500 г, включая детей с экстремально низкой массой тела при рождении, с созданием оптимальных контролируемых параметров поддержки витальных функций и щадяще-развивающих условий внешней среды под контролем динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований»;

- если значение поля WEIGHT менее 1500 г.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

### 1.3.4 Сведения о случае

1.3.4.1 Поле IDCASE обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре случаев, который должен соответствовать порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении.

1.3.4.2 Поле USL\_OK обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код условия оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V006. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); в файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов – 2 (ДС); в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии – 3 (АПМП); в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 4 (СП). В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании основной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED\_KIND=1) следует указывать код условия оказания медицинской помощи 1 (СМП); при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED\_KIND=2 и 3) - 2



(ДС); при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (MED\_KIND=0) – 3 (АПМП).

1.3.4.3 Поле VIDPOM обязательно для заполнения в соответствии со справочником V008:

- 1 – первичная медико-санитарная помощь;
- 11 – первичная доврачебная медико-санитарная помощь;
- 12 – первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- 13 – первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- 2 – скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- 21 – скорая специализированная медицинская помощь;
- 22 – санитарно-авиационная медицинская помощь;
- 3 – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 31 – специализированная медицинская помощь;
- 32 – высокотехнологичная специализированная медицинская помощь;
- 4 – паллиативная медицинская помощь.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды видов медицинской помощи:

11 – если амбулаторно-поликлиническая или стоматологическая помощь оказана специалистом не врачебной квалификации (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета);

12 – если амбулаторно-поликлиническая помощь оказана врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по терапевтической специальности (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

13 – если оказана амбулаторно-поликлиническая помощь врачом (KVAL=B в файле персонифицированного учета) по узкой специальности, или стоматологическая помощь (KVAL=B в файле персонифицированного учета), или помощь в условиях дневного стационара при поликлинике (кроме экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) – для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1});

31 – если оказана медицинская помощь с применением ЭКО в условиях дневного стационара при поликлинике (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {EKO=1}).

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам следует указывать коды видов медицинской помощи:

11 – для записей, отражающих осмотры фельдшеров (KVAL=Ф в файле персонифицированного учета) на должности врача;

12 – для тарифицируемой записи по диспансеризации или по медицинским осмотрам; для записей, отражающих осмотры врачами терапевтических специальностей (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {TERAP=1});

13 – для записей, отражающих осмотры врачами (KVAL=B в файле персонифицированного учета) узких специальностей.

В файлах персонифицированного учета по стационару, кроме ВМП, следует указывать значение 31.

В файлах по оказанной ВМП необходимо использовать только значение 32.

В файлах персонифицированного учета по параклинике следует указывать коды видов медицинской помощи:

13 – если основная медицинская помощь оказана в амбулаторно-поликлинических условиях (MED\_KIND=0 в файле персонифицированного учета) или условиях стационара при поликлинике (MED\_KIND=3 в файле персонифицированного учета);

31 – если основная медицинская помощь оказана в условиях круглосуточного стационара (MED\_KIND=1 в файле персонифицированного учета) или условиях дневного стационара при круглосуточном (MED\_KIND=2 в файле персонифицированного учета).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи следует указывать значения:

2 – если помощь оказана общепрофильной бригадой (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {TERAP=1});

21 – если помощь оказана специализированной бригадой.

1.3.4.4 В поле FOR\_POM указывается форма оказания медицинской помощи в соответствии со справочником V014: 1 – экстренная, 2 – неотложная, 3 – плановая.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам, следует указывать коды формы оказания медицинской помощи:

2 – если помощь оказана по специальности неотложной помощи (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {NEOTLOG=1});

3 – во всех остальных случаях.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется) – помощь по форме оказания всегда относится к «3 – Плановая».

В файлах персонифицированного учета по стационару следует указывать коды формы оказания медицинской помощи:

1 – если помощь оказывалась в круглосуточном стационаре (PURPOSE=K) при экстренной госпитализации (EXTR=2);

3 – если помощь оказывалась в дневном стационаре (PURPOSE=Д), или в круглосуточном (PURPOSE=K) при плановой госпитализации (EXTR=1).

В файлах персонифицированного учета по параклинике форма оказания медицинской помощи указывается в зависимости от формы оказания основной медицинской помощи.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи – 1 или 2.

1.3.4.5 В поле VID\_HMP указывается вид высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V018. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП. Для всех профилей коек, связанных с оказанием ВМП, в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле должно быть заполнено одинаковым значением.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.6 В поле METHOD\_HMP указывается метод высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии со справочником V019. Обязательно для заполнения для файлов по оказанной ВМП. Для всех профилей коек, связанных с оказанием ВМП, в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле должно быть заполнено одинаковым значением.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.7 В поле NPR\_MO в файлах персонифицированного учета по параклинике указывается код медицинской организации, направившей на обследование, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - код медицинской организации, в которую доставили пациента, в файлах персонифицированного учета по поликлинике - код медицинской организации, из которой пациент направлен в КДЦ для консультации у врача-специалиста, в соответствии со справочником F003.

Для файлов по скорой медицинской помощи:

- если медицинская организация, в которую доставили пациента, находится вне Челябинской области, то в поле NPR\_MO следует указывать значение «-1»;

- если медицинская организация, в которую доставили пациента, не является участником системы ОМС и/или отсутствует в справочнике, то в поле NPR\_MO следует указывать значение «-2».

Поле обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике для четырех видов параклинических услуг: пренатальная диагностика (PURPOSE=17), иммунологическая и бактериологическая диагностика (PURPOSE=20), лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21). Проверяется на соответствии справочнику LPUFROM.DBF.

Консультативную помощь и диагностические медицинские услуги КДЦ может получать пациент, направленный из АПП медицинской организации - Фондодержателя, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи (ATTACH\_VIS=LPU\_FROM), кроме студентов очной формы обучения и в случае, когда направляющая МО является КДЦ. При этом, направляющая МО должна относиться к территории, закрепленной за КДЦ (соответствие справочнику LPUFROM.DBF).

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.8 Поле EXTR обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи

в круглосуточном стационаре: 1 – плановая госпитализация; 2 – экстренная госпитализация.

Оказание медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) осуществляется в круглосуточном стационаре при плановой госпитализации (EXTR=1).

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.9 Поле LPU обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации из поля CODE\_MO (элемент SCHET) в соответствии с федеральным справочником F003 (Реестр МО).

1.3.4.10 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения МО. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.11 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.12 Поле PROFIL обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.13 Поле DET обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинских осмотров. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL, например). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE\_USL в элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.14 Поле NHISTORY обязательно. Может иметь пустое значение для случаев оказания медицинской помощи в поликлинике и стоматологии и случаев оказания скорой медицинской помощи в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области. В поле указывается номер

амбулаторной карты пациента, или номер истории болезни номер, или номер карты новорожденного, или номер протокола параклинического обследования, или номер карты вызова скорой медицинской помощи.

1.3.4.15 Поле DATE\_1 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата начала лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_1 должна быть дата первого осмотра специалистом.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата начала лечения на каждом профиле коек, в файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

Соответствует полю DATE\_IN в элементе USL.

1.3.4.16 Поле DATE\_2 обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата окончания лечения. Исключения составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_2 должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата окончания лечения на каждом профиле коек. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

Соответствует полю DATE\_OUT в элементе USL.

1.3.4.17 Поле DS0 заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии сведений о первичном диагнозе, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии сведений о диагнозе приемного отделения медицинской организации, в которую доставлен пациент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.18 Поле DS1 обязательно для заполнения. Соответствует полю DS в элементе USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи, из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару: при оплате отдельных страховых случаев по тарифу с признаком «спец» код диагноза должен соответствовать справочнику СПЕЦМКВ.DBF; при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных признаком «сверх базовой программы ОМС» (OVER\_BASE=1 в справочнике МКВ.DBF).

1.3.4.19 В поле DS2 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов сопутствующего заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.20 В поле DS3 для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются коды всех установленных диагнозов осложнения заболевания. Для каждого диагноза формируется отдельный элемент. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.21 Поле VNOV\_M (вес при рождении) для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП заполняется при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать, на следующих профилях коек:

- «Для беременных и рожениц с новорожденными» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {BEREM=2});
- «Реанимация (взр.)» (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1} и поле TYPED=0).

Если при этом недоношенных и/или маловесных детей больше одного, то формируется отдельный элемент для веса каждого из них.

Поле обязательно заполняется на профилях коек, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр WEIGHT.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.22 Поле CODE\_MES1 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.23 Поле CODE\_MES2 является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код МЭС сопутствующего заболевания при наличии утверждённого стандарта. В настоящее время не заполняется.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.24 В поле RSLT для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается результат обращения за медицинской помощью (выезда скорой помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V009.XML (поле IDRMP). Из справочника ТФОМС V009.DBF нужный код можно получить по алгоритму:  $IDRMP_{XML} = 100 * DL\_USLOV_{DBF} + IDRMP_{DBF}$ .

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

Обязательно для заполнения: во всех записях файлов персонифицированного учета по поликлинике, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам; в файлах персонифицированного учета по стационару – только на выписных койках; во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по стационару при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП):

- нельзя использовать коды результата обращения 104, 106, 109, 110;

- при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) можно использовать только коды: 101, 105, 107, 108.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике и стационару при оказании медицинской помощи в дневных стационарах (ДС) – 204 и 206. В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре (СМП) (MED\_KIND=1) можно использовать только код результата обращения 109, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (ДС) (MED\_KIND=2 и 3) - код результата обращения 201, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (АПМП) (MED\_KIND=0) - код результата обращения 304.

1.3.4.25 В поле RSLT\_D указывается результат диспансеризации. Элемент формируется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. В тарифицированных записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров заполняется в соответствии со справочником V017. Для записей, отражающих осмотры специалистами в случаях диспансеризации и медицинских осмотров, заполняется значением 0.

Для основного файла по оказанной медицинской помощи, а также для файла по оказанной ВМП поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.26 В поле ISHOD для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указывается исход заболевания (результат оказания скорой медицинской помощи) в соответствии с условиями оказания медицинской помощи по федеральному справочнику V012.XML (поле IDIZ). Из справочника ТФОМС V012.DBF нужный код можно получить по алгоритму:  $IDIZ_{XML} = 100 * DL\_USLOV_{DBF} + IDIZ_{DBF}$ .

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

Обязательно для заполнения: во всех записях файлов персонифицированного учета по поликлинике; в файлах персонифицированного учета по стационару – только на выписных койках; во всех записях файлов персонифицированного учета по параклинике и скорой помощи.

В файлах персонифицированного учета по параклинике при оказании стационарной медицинской помощи в круглосуточном стационаре (MED\_KIND=1) можно использовать только код исхода заболевания 103, при оказании медицинской помощи в дневных стационарах всех типов (MED\_KIND=2, 3) можно использовать только код исхода заболевания 203, при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи - код исхода заболевания 304.

1.3.4.27 Поле PRVS обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника



RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Соответствует аналогичному полю в элементе USL.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.28 В поле VERS\_SPEC указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Для основного файла оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП указывается значение «V015». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.29 Поле IDDOKT обязательно для заполнения, кроме файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX. Соответствует полю CODE\_MD в элементе USL. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.30 В поле OS\_SLUCH для основного файла по оказанной медицинской помощи и для файла по оказанной ВМП указываются все имевшиеся особые случаи при регистрации обращения за медицинской помощью:

1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах;

2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество.

Для каждого значения создается отдельный элемент OS\_SLUCH.

Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется (элемент не создается).

Признак «Особый случай» заполняется в каждой записи движения в стационаре.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.31 Поле IDSP обязательно для заполнения. Указывается код способа оплаты медицинской помощи в соответствии с классификатором V010. Заполняется из поля IDSP справочника PURPOSE.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи, или поля CODE\_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам). Для записей в файле по оказанной ВМП следует указывать значение 13 – «Стандарт медицинской помощи в стационаре (включая ВМП)».

1.3.4.32 Поле ED\_COL не заполняется. Количество единиц оплаты медицинской помощи указывается в поле KOL\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП, или в поле KOL\_USL, указанного в COMENTU элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

1.3.4.33 Поле TARIF не заполняется. Тариф указывается в аналогичном поле элемента USL.

1.3.4.34 В поле SUMV указывается итоговая сумма, выставленная к оплате, по случаю оказания медицинской помощи. Равна сумме значений полей SUMV\_USL (элемент USL) по всем финансовым потокам услуги в случае оказания медицинской помощи.

1.3.4.35 В поле OPLATA указывается тип оплаты случая оказания медицинской помощи:

0 – не принято решение об оплате (DELETED=0 в файле формата DBF);

1 – полная (DELETED=0 в файле формата DBF);

2 – полный отказ (DELETED=3 в файле формата DBF, если указан код причины отказа «62 – Превышение муниципального задания» по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK, или DELETED=5 в файле формата DBF, если указан код иной причины отказа по санкции МЭК в сведениях о санкциях SANK);

3 – частичный отказ (в настоящее время не используется).

Решение об оплате принимается СМО.

Отказы нельзя указывать в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ; при оплате случаев оказания скорой помощи, амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании, и включенной в подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

1.3.4.36 В поле SUMP указывается итоговая сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС Челябинской области), по случаю оказания медицинской помощи. Включает в себя сумму, выставленную к оплате с учетом типа оплаты OPLATA (OPLATA=2 – полный отказ в финансировании по причине превышения объемов муниципального задания).

1.3.4.37 Поле SANK\_IT является условно-обязательным для заполнения. Указывается сумма санкций по случаю.

1.3.4.38 Сведения о санкциях (элемент SANK). Является условно-обязательным для заполнения. Указываются сведения о всех санкциях.

1.3.4.38.1 Поле S\_CODE обязательно для заполнения. Указывается идентификатор санкции. Уникален в пределах случая.

1.3.4.38.2 Поле S\_SUM обязательно для заполнения. Указывается сумма финансовой санкции.

1.3.4.38.3 Поле S\_TIP обязательно для заполнения. Указывается тип санкции: 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП.

1.3.4.38.4 Поле S\_OSN обязательно для заполнения. Указывается код причины отказа в соответствии с классификатором причин отказа в оплате медицинской помощи F014.

1.3.4.38.5 Поле S\_COM является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по санкции. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.38.6 Поле S\_IST обязательно для заполнения. Указывается источник: 1 – СМО/ТФОМС к МО.

1.3.4.39 Сведения об услуге (по финансовым потокам) – элемент USL. В сведениях об услуге число записей будет равно числу финансовых потоков, по которым будет осуществляться финансирование медицинской услуги. Запись по услуге, соответствующей финансированию по основному тарифу, должна быть всегда (независимо от значения основного тарифа). Все поля в записях по услуге должны иметь одинаковое значение и равны полям по финансовому потоку, соответствующему основному тарифу, за исключением полей CODE\_USL, KOL\_USL, TARIF, SUMV\_USL и COMENTU, которые зависят от финансового потока FIN\_ID.

1.3.4.39.1 Поле IDSERV обязательно для заполнения. Указывается номер записи в реестре услуг, уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде. При этом для разных финансовых потоков одной услуги указывается один номер. Например, для типа «01–поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда упорядоченная по возрастанию последовательность всех IDSERV услуг по финансовым потокам FIN\_ID=1(основной тариф) из этих файлов начинается с 1, значения в ней не повторяются, каждый последующий элемент больше предыдущего на 1. В настоящее время в рамках одного случая оказания медицинской помощи IDSERV должен иметь одинаковое значение во всех записях по услугам и равен IDCASE.

1.3.4.39.2 Поле LPU обязательно для заполнения. Указывается код медицинской организации из поля CODE\_MO (элемент SCHET) в соответствии с федеральным справочником F003 (реестр MO).

1.3.4.39.3 Поле LPU\_1 является условно-обязательным для заполнения. Служит для передачи кода подразделения MO. В настоящее время не заполняется.

1.3.4.39.4 Поле PODR является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Служит для передачи кода отделения. В настоящее время не заполняется. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.5 Поле PROFIL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается код профиля оказанной медицинской помощи в соответствии с классификатором V002. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRMP2 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRMP2 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.6 Поле VID\_VME является условно-обязательным для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и файле по оказанной ВМП. Указывается вид медицинского вмешательства в соответствии с номенклатурой медицинских услуг V001. Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.7 Поле DET обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается признак детского профиля оказываемой медицинской помощи: 0-нет, 1-да. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля TYPED справочника SPECIAL.DBF (запись, соответствующая коду услуги CODE\_USL в элементе USL). В файлах персонифицированного учета по параклинике признак детского профиля определяется по возрасту пациента при условии указания возраста в поле AGE справочника RSRCH.DBF на записи, соответствующей коду услуги CODE\_USL в элементе USL: если возраст пациента на дату окончания обследования не превышает значение в поле AGE, то поле DET заполняется значением «1». Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.8 Поле DATE\_IN обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата начала лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаям диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_IN должна быть дата первого осмотра специалистом.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата начала лечения на каждом профиле койки, в файлах персонифицированного учета по параклинике - дата начала обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата приема вызова скорой помощи.

1.3.4.39.9 Поле DATE\_OUT обязательно для заполнения (в формате ГГГГ-ММ-ДД). В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике и стоматологии указывается дата посещения, в стационаре при поликлинике – дата окончания лечения. Исключение составляют случаи диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения: во всех записях по случаю диспансеризации и медицинских осмотров в поле DATE\_OUT должна быть дата заключительного осмотра терапевтом или педиатром.

В файлах персонифицированного учета по стационару указывается дата окончания лечения на каждом профиле койки. При этом дата окончания лечения на переводной койке должна быть равна дате начала лечения на следующей койке в движении.

В файлах персонифицированного учета по параклинике указывается дата окончания обследования (сеанса, обмена), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи - дата окончания вызова скорой помощи.

Случай оказания медицинской помощи подается к оплате в файле персонифицированного учета того периода, в который попадает дата окончания лечения (в стационаре – по дате выписки).

1.3.4.39.10 Поле DS обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах

персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код диагноза основного заболевания, в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код диагноза, установленный бригадой скорой помощи, из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. В файлах персонифицированного учета застрахованных Челябинской области по поликлинике и скорой помощи код диагноза можно не уточнять. В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области код диагноза должен входить в территориальную программу ОМС (TERR\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF), в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ - в базовую программу ОМС (BASE\_USE=1 в справочнике МКВ.DBF). В файлах персонифицированного учета по стационару: при оплате отдельных страховых случаев по тарифу с признаком «спец» код диагноза должен соответствовать справочнику SPECМКВ.DBF; при оказании медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) в каждой записи движения указывается одинаковый код диагноза из числа диагнозов, отмеченных признаком «сверх базовой программы ОМС» (OVER\_BASE=1 в справочнике МКВ.DBF). Если для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {A16=1}, то для использования этого тарифа обязательно наличие операции.

Для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам поле отсутствует (элемент не формируется).

1.3.4.39.11 Поле CODE\_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. Указывается код услуги UF\_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL\_FIN.DBF. UF\_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN\_ID и кодом услуги USL\_ID из территориального классификатора услуг USL\_UNION.DBF.

В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).

В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действует один финансовый поток (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочники TARIF.DBF, PTARIF.DBF, HMP\_TAR.DBF).

Код услуги USL\_ID в территориальном классификаторе услуг USL\_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

- С кодом места обслуживания (способом оплаты) (PLACE, справочник PLACE.DBF).

В файлах персонифицированного учета PLACE может принимать следующие значения:

- по поликлинике: 1 «Посещения в поликлинике», 2 «Посещения на дому», 6 «Стационар в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;

- по стационару: 5 «Стационар по законченному случаю»; 14 «Реанимация по законченному случаю». 14 - только для тех профилей коек (COD\_SPEC), для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1};
  - по параклинике: 10;
  - по скорой помощи: 20.
  - С кодом цели обслуживания (PURPOSE, справочник PURPOSE.DBF).  
В файлах персонифицированного учета по поликлинике для посещений в поликлинике и на дому с лечебно-диагностической целью допускается указывать «Д».
  - С кодом специальности врача (или профиля коек, или профиля бригады скорой помощи) (COD\_SPEC, справочник SPECIAL.DBF) в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи.  
Специальность врача или профиль коек должны соответствовать полу пациента (поле SEX в SPECIAL.DBF). Медицинская помощь не может быть оказана детским специалистом (на детской койке) (поле TYPED=1 в SPECIAL.DBF) пациенту, возраст которого в год окончания лечения превышает 18 лет.  
Применение тарифа для малоинвазивных операций разрешается для МО в соответствии со справочником KSG\_TF.DBF.  
Тариф считается малоинвазивным, если в справочнике SPECIAL.DBF для этого COD\_SPEC в поле PARAM\_EX имеется параметр {MINVOP=1}.
  - С кодом параклинической услуги (RSRCH\_ID, справочник RSRCH.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.  
Возраст пациента на дату окончания обследования не должен превышать значение поля AGE в RSRCH.DBF, если оно отлично от нуля.
  - С кодом условий применения тарифа (COND\_ID, справочник CNDPTAR.DBF) в файлах персонифицированного учета по параклинике.  
COND\_ID может быть только в файлах персонифицированного учета по параклинике в случае применения анестезиологического сопровождения при исследованиях на рентгеновских компьютерных и магнитно-резонансных томографах (PURPOSE=18).
  - С кодом высокотехнологичной медицинской помощи (HMP\_ID, справочник HMP.DBF) в файлах по оказанной ВМП.  
Для всех профилей коек в движении одного пациента по случаю оказания ВМП поле HMP\_ID должно иметь одинаковое значение. HMP\_ID должно соответствовать коду профиля койки (COD\_SPEC) по справочнику HMP\_SPC.dbf, код основного диагноза (DS) должен соответствовать HMP\_ID по справочникам HMP\_MKB.dbf и HMP.dbf.
- 1.3.4.39.12 Поле KOL\_USL обязательно для заполнения в основном файле по оказанной медицинской помощи и в файле по оказанной ВМП. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам это поле отсутствует (элемент не формируется).
- Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1:

- 1) Посещения в поликлинике и на дому (PLACE=1,2): 1 (посещение);
- 2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): количество УЕТ;
- 3) Стационар в поликлинике (PLACE=6): 1 (случай);
- 4) Круглосуточный стационар (PURPOSE=K): 1 (законченный случай);
- 5) Дневной стационар при КС (PURPOSE=Д): 1 (законченный случай);
- 6) Параклиника (PLACE=10):
  - Р-хирургические методы диагностики (PURPOSE=7): 1 (обследование);
  - КТ,МРТ (PURPOSE=18): 1 (обследование);
  - Иммунологическая и бактериологическая диагностика (PURPOSE=20): 1 (обследование);
  - Пренатальная диагностика (PURPOSE=17): количество УЕ;
  - Диализ (PURPOSE=19): количество сеансов;
  - Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ (PURPOSE=21): 1 (обследование)

1.3.4.39.13 В поле TARIF указывается тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.

В поле TARIF указывается действующий на момент оказания медицинской помощи тариф в соответствии:

- со справочником TARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по поликлинике, в файлах персонифицированного учета по стационару (кроме ВМП), в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ по скорой помощи,
- со справочником НМР\_TAR.DBF – в файлах по оказанной ВМП,
- со справочником PTARIF.DBF – в файлах персонифицированного учета по параклинике.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании медицинской помощи фельдшером (KVAL= «Ф») в поликлинике и на дому в поле TARIF должно быть указано 80% от тарифа, за исключением оплаты случаев диспансеризации и медицинских осмотров, и посещений, оплачиваемых по тарифу "Фельдшер ФАП" (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {FAP=1}). Оплата внешних медицинских услуг (медицинских услуг, оказанных в поликлинике и на дому не прикрепленным лицам) МО, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь которых оплачивается по подушевому финансированию (за исключением Центров здоровья, случаев диспансеризации и медицинских осмотров, консультаций врачей-специалистов КДЦ), осуществляется по тарифу для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT\_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT\_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

Тариф может принимать нулевое значение в следующих случаях.

- 1) В файлах персонифицированного учета по стационару:
  - при учете (оплате) законченного случая лечения по КПГ/КСГ (среднепрофильный тариф): на переводных профильных койках в круглосуточном стационаре (ISHOD=0 и RSLT=0), кроме случаев летального исхода в реанимации

(RSLT=105) или перевода пациента из реанимации в другую МО (RSLT=102), если койка предшествовала реанимации; на реанимационных койках (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {REANIM=1}); на койках для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}), кроме коек для патологии новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {PATHOLOGY=1});

- при учете (оплате) по ВМП на всех койках в движении, кроме последней в хронологическом порядке профильной койки, на которой применялся метод лечения ВМП. Только на последней в хронологическом порядке профильной койке, на которой применялся метод лечения ВМП, указывается тариф ВМП.

2) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по поликлинике при оказании медицинской помощи в поликлинике пациенту, прикрепленному к МО, являющейся фондодержателем, кроме случаев оказания медицинской помощи врачами Центров здоровья (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {CZ=1}), консультаций врачей-специалистов КДЦ (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {KDC=1}).

3) В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области по скорой помощи.

4) В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в записях, отражающих осмотры специалистами в рамках случаев диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения.

1.3.4.39.14 В поле SUMV\_USL указывается стоимость медицинской услуги, выставленная к оплате, в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.

В поле SUMV\_USL указывается сумма оплаты с учетом размера тарифа и коэффициентов индексации. Заполняется на тарифицированных записях (TARIF≠0).

Коэффициенты индексации не применяются к тарифам:

- по ВМП (файлы по оказанной ВМП);
- по медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС (для кода тарифа в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1});
- по диспансеризации и медицинским осмотрам (файлы по диспансеризации и медицинским осмотрам);
- для взаиморасчетов (в справочнике TARIF.DBF: MUT\_FD=1 – для застрахованных лиц Челябинской области, MUT\_FD=2 – для застрахованных на территории других субъектов РФ).

1.3.4.39.15 Поле PRVS обязательно для заполнения. Указывается код специальности врача, оказавшего медицинскую помощь, – поле Code из классификатора V015. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и скорой помощи заполняется из поля PRVS3 справочника SPECIAL.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике - из поля PRVS3 справочника RSRCH.DBF (запись, соответствующая коду услуги



CODE\_USL элемента USL для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП, или поля CODE\_USL, указанного в СОМЕНТУ элемента USL для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам).

1.3.4.39.16 Поле CODE\_MD обязательно для заполнения. Следует указывать СНИЛС медработника (без разделителей) с префиксом 's' (в нижнем регистре): sXXXXXXXXXXXX.

1.3.4.39.17 Поле СОМЕНТУ служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в СОМЕНТУ:

1.3.4.39.17.1 Поле KVAL заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. Указывается квалификация врача: «В» - врач, «Ф» - фельдшер.

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи в поле KVAL указывается квалификация бригады скорой помощи: «В» - врачебная, «Ф» - фельдшерская.

1.3.4.39.17.2 Поле BED\_DAY заполняется только для параклинических услуг «Диализ» (PURPOSE=19). В записях по перитонеальному диализу (RSRCH\_ID=01.63.002) подсчет койко-дней осуществляется по правилам статистики в соответствии со значением в поле MED\_KIND.

1.3.4.39.17.3 Поле UET обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по параклинике при оплате медицинской помощи, оказанной с применением рентгенохирургических методов диагностики и лечения (PURPOSE=7) и медицинских услуг за иммунологические и бактериологические исследования, оказанные МБУЗ Диагностический центр г. Челябинска (PURPOSE=20). Количество UE за обследование должно соответствовать справочнику RSRCH.DBF: по иммунологической и бактериологической диагностике количество UE не должно превышать значения в RSRCH.DBF, по рентгенохирургическим методам диагностики и лечения должно быть равно значению в RSRCH.DBF.

1.3.4.39.17.4 Поле MED\_KIND заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике. Указывается вид основной медицинской помощи, при которой оказана данная параклиническая услуга: 0 – поликлиника, 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при КС, 3 – стационар при поликлинике. Для вида параклинических услуг «Диализ» (PURPOSE=19) основная медицинская помощь не может быть оказана в поликлинике (MED\_KIND≠0). Для вида параклинических услуг «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21) основная медицинская помощь может быть оказана только в поликлинике (MED\_KIND=0).

1.3.4.39.17.5 Поле SROKBER заполняется только в файлах персонифицированного учета по параклинике по случаям пренатальной диагностики. Указывается число полных недель срока беременности на момент проведения обследования. I УЗ скрининг (RSRCH\_ID= "01.61.001" ) проводится

на сроках беременности 10-14 недель, II УЗ скрининг (RSRCH\_ID= "01.61.002" ) - на сроках беременности 18-21 недели.

1.3.4.39.17.6 Поле FSS\_TRAUMA заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике. В поле указывается признак лечения по несчастному случаю:

0 - не несчастный случай;

1 – страховой несчастный случай оплачивается по ОМС;

2 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение не закончено;

3 – тяжелый несчастный случай оплачивается ФСС, лечение закончено.

1.3.4.39.17.7 Поле COD\_PRER заполняется только на записях выписных коек круглосуточного стационара в соответствии со справочником PRER.DBF. При отсутствии прерывания лечения следует указывать коды результатов обращения 101, 102, 103, 105. Коды прерывания со 2 по 5 можно указывать только при коде результата обращения 108 «Лечение прервано по инициативе ЛПУ», код прерывания 1 - только при коде результата обращения 107 «Лечение прервано по инициативе пациента», код прерывания 6 - только при кодах результатов обращений 102 «Переведен в другое ЛПУ» и 108 «Лечение прервано по инициативе ЛПУ».

В файле по оказанной ВМП прерывания не должно быть – учет (оплата) по ВМП осуществляется только при условии оказания ВМП в полном объеме.

В случае оказания медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}) можно использовать только коды прерывания лечения: 0, 1, 2, 3, 5.

1.3.4.39.17.8 Поле ATTACH заполняется в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области из регионального справочника LPU.DBF.

В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код МО прикрепления по оказанию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

В файлах персонифицированного учета по скорой помощи - код МО прикрепления по оказанию скорой помощи: до апреля 2014 года – на начало отчетного периода (первое число месяца), начиная с апреля 2014 года – на конец отчетного периода (последнее число месяца).

1.3.4.39.17.9 Поле HEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного стационара для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}).

1.3.4.39.17.10 Поле WEIGHT заполняется только в файлах персонифицированного учета по стационару на профилях коек круглосуточного стационара для новорожденных (COD\_SPEC, для которых в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX имеется параметр {NOVOR=1}). Вес новорожденного не может быть менее 500 грамм.

1.3.4.39.17.11 Поле MEDUS\_ID в файлах персонифицированного учета по стационару служит для указания перечня медицинских услуг. Заполняется кодом (кодами) медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF) для каждой записи в движении пациента. Если у пациента было несколько разнотипных (с разными кодами) медицинских услуг, то все они перечисляются через разделитель «\_» (символ подчеркивания), при этом первой должна быть указана основная медицинская услуга.

Для записей по дневному стационару при поликлинике в файлах персонифицированного учета по поликлинике поле MEDUS\_ID используют для передачи кода основной медицинской услуги (территориальный справочник USLUGI.DBF).

В файлах персонифицированного учета по поликлинике (за исключением записей дневного стационара при поликлинике) поле MEDUS\_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих случаи диспансеризации или медицинских осмотров определенных групп населения, а также консультаций врачей-специалистов КДЦ:

sg - признак того, что диспансеризацию, профилактический медицинский осмотр или консультацию врача-специалиста КДЦ прошел студент очной формы обучения;

cs - код тарифа по оплате случая диспансеризации или медицинского осмотра (указывается только в записях, отражающих осмотры специалистами);

age\_disp - признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в данном возрастном периоде.

В файлах персонифицированного учета по параклинике поле MEDUS\_ID используют для передачи перечня элементов, характеризующих параклинические услуги вида «Лабораторная и инструментальная диагностика КДЦ» (PURPOSE=21):

sg - признак того, что обследование КДЦ прошел студент очной формы обучения.

Элементы и их значения, разделенные знаком «=», заключаются в фигурные скобки {}, следуют друг за другом без пробелов.

1.3.4.39.17.12 В поле DATE\_TAR указывается дата тариф в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1.

В поле DATE\_TAR указывается дата действующего на момент оказания медицинской помощи основного тарифа в записях, где заполнено поле TARIF, в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару (кроме ВМП) и скорой помощи в соответствии со справочником TARIF.DBF, в файлах по оказанной ВМП – в соответствии со справочником HMP\_TAR.DBF, в файлах персонифицированного учета по параклинике – в соответствии со справочником PTARIF.DBF.

1.3.4.39.17.13 Поле SIZETAR\_ID заполняется только файлах персонифицированного учета по стационару при оплате случаев оказания медицинской помощи в профильном отделении круглосуточного стационара на тарифицированных записях в соответствии со справочником SIZETAR.DBF, кроме оплаты по ВМП (в файле по оказанной ВМП не заполняется). В нем

указывается код размера основного тарифа, действующего на момент оказания медицинской услуги.

Размеры тарифов 10% («Пребывание до суток с целью наблюдения», код 2) и 40% («Обследование больного без назначения лечения», код 3) не применяются, если в движении у пациента были переводные койки или медицинские услуги оказывались по профилю коек «Для новорожденных».

Если не было прерывания лечения (COD\_PRER=0), то при выписке пациента (RSLT=101) и в случае летального исхода (RSLT=105) можно использовать размеры тарифа 100% («Законченный случай», код 0), 40% («Обследование больного без назначения лечения», код 3) и 10% («Пребывание до суток с целью наблюдения», код 2); при переводе в другое МО (RSLT=102) - 40% («Перевод в другую медицинскую организацию», код 4); при переводе в дневной стационар (RSLT=103) - 100% («Законченный случай», код 0). При наличии прерывания лечения (COD\_PRER=1, 2, 3, 4, 5) следует указывать размер тарифа 40% («Прерывание курса лечения (незаконченный случай)», код 1).

При отсутствии возможности для оказания медицинской помощи (COD\_PRER=6) и переводе в другое МО (RSLT=102) или прерыванию лечения по инициативе МО (RSLT=108) будет оплата в размере 100% («Прерывание курса лечения при отсутствии возможности оказания медицинской помощи», код 14).

Оплата медицинской помощи, оказанной сверх базовой программы ОМС (в справочнике SPECIAL.DBF в поле PARAM\_EX присутствует элемент {OVER\_BASE=1}), производится в размере 100% или 40% от тарифа.

1.3.4.39.17.14 Поле TIME\_BEG заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время приема вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59.

1.3.4.39.17.15 Поле TIME\_END заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. Указывается время окончания вызова скорой помощи в формате «ЧЧ:ММ». Диапазон значений от 00:00 до 23:59. Продолжительность вызова скорой помощи не может превышать 8 часов.

1.3.4.39.17.16 Поле SP\_REAS обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_REAS.DBF. В нем указывается повод для вызова бригады скорой помощи.

1.3.4.39.17.17 Поле SP\_VID обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_VID.DBF. В нем указывается вид вызова скорой помощи.

1.3.4.39.17.18 Поле SP\_BRIG обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается состав бригады скорой помощи как сумма значений из справочника SP\_BRIG.DBF.

1.3.4.39.17.19 Поле SP\_FROM обязательно для заполнения только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи в соответствии со справочником SP\_FROM.DBF. В нем указывается место вызова бригады скорой помощи.

1.3.4.39.17.20 Поле SP\_DATE заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается дата

доставки пациента в МО, или дата смерти пациента, или дата передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.39.17.21 Поле SP\_TIME заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи. В нем указывается время доставки пациента в МО, или время смерти пациента, или время передачи пациента специализированной бригаде скорой помощи.

1.3.4.39.17.22 Поле SP\_KM заполняется только в файлах персонифицированного учета по скорой помощи, если известен километраж выезда.

1.3.4.39.17.23 Поле VISIT\_DATE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета по поликлинике при оказании амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи. В нем указывается дата посещения в поликлинике, на дому, в стоматологии. В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам в записях по оплате случая диспансеризации или медицинского осмотра в поле VISIT\_DATE должна быть указана дата заключительного осмотра терапевтом (педиатром). В файлах персонифицированного учета по параклинике поле VISIT\_DATE заполняется при наличии даты направления на обследование.

1.3.4.39.17.24 Поле ATTACH\_VIS в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области служит для указания:

- кода МО прикрепления на дату окончания профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (файлы по медицинским осмотрам);
- кода МО прикрепления на дату посещения специалиста КДЦ (файлы по поликлинике, кроме диспансеризации и медицинских осмотров);
- кода МО прикрепления на дату направления на параклиническое обследование в КДЦ (файлы по параклинике).

Заполняется в соответствии с региональным справочником LPU.DBF.

1.3.4.39.17.25 Поля KPG и KSG обязательны для заполнения в файлах персонифицированного учета по стационару, кроме файлов по оказанной ВМП, и в файлах персонифицированного учета по поликлинике для случаев оказания медицинской помощи в стационаре при поликлинике, за исключением тех случаев, когда для профиля коек (COD\_SPEC) не определяется КСГ (элемент {KPG=0} в поле PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF).

Указывается код клинико-профильной группы (KPG) и клинико-статистической группы (KSG). Данные поля заполняются в соответствии со справочником KSG.DBF (в данном справочнике можно пользоваться всеми записями, кроме записей с кодом KPG\_ID=36 – КПП 36 - «Прочее» на данный момент не используется).

В случае применения тарифа для малоинвазивных операций КСГ должна соответствовать справочнику KSG\_TF.DBF (территориальный справочник КСГ, соответствующих малоинвазивным операциям), а также удовлетворять дополнительным критериям справочника KSG\_MU.DBF (поле PARAM\_EX). Применение тарифа для малоинвазивных операций разрешается для МО в соответствии со справочником KSG\_TF.DBF. Тариф считается малоинвазивным,

если в справочнике SPECIAL.DBF для этого COD\_SPEC в поле PARAM\_EX имеется параметр {MINVOP=1}.

Если был применен тариф не для малоинвазивных операций, то КПП/КСГ должны соответствовать либо справочнику KSG\_MU.DBF (справочник разрешенных медицинских услуг для определенных КСГ), либо справочнику KSG\_MKB.DBF (справочник разрешенных МКБ для определенных КСГ), либо справочнику KSG\_SPC.DBF (справочник соответствий территориальных КСГ (кодов тарифов) федеральным КПП/КСГ):

а) В том случае, если было оперативное вмешательство и код основной операции находится в справочнике KSG\_MU.DBF и КСГ, соответствующая основной операции, удовлетворяет дополнительным критериям, КСГ должна быть указана в соответствии со справочником KSG\_MU.DBF.

б) В том случае, если не было оперативного вмешательства или было оперативное вмешательство, но не удалось указать КСГ в соответствии с пунктом а), и код основного диагноза находится в справочнике KSG\_MKB.DBF и КСГ, соответствующая основному диагнозу, удовлетворяет дополнительным критериям, КСГ должна быть указана в соответствии со справочником KSG\_MKB.DBF. При этом:

- если код МКБ основного диагноза состоит из 6-ти знаков, то для поиска используется первые 5;

- если не удалось указать КСГ по коду диагноза с указанием подрубрики (первые 5 знаков), то поиск КСГ производится по рубрике кода основного диагноза (первые 3 знака) для тех рубрик диагнозов, которые отмечены в справочнике KSG\_MKB.DBF параметром {MAIN=1} в поле PARAM\_EX;

- если по коду диагноза с учетом дополнительных критериев в справочнике KSG\_MKB.DBF определяется несколько КСГ, то выбрать необходимо из числа тех КСГ, которые не требуют указания медицинской услуги (поле KSG\_MU=0 в справочнике KSG.DBF);

- если по коду диагноза с учетом дополнительных критериев в справочнике KSG\_MKB.DBF определяется только одна КСГ, то выбрать необходимо ее, даже если она требует указания медицинской услуги (поле KSG\_MU=1 в справочнике KSG.DBF).

в) В том случае, если не удалось указать КСГ в соответствии с пунктами а) и б), и в поле COD\_SPEC указана не реанимационная койка, то КПП/КСГ должны соответствовать справочнику KSG\_SPC.DBF.

1.3.4.39.17.26 Поле BED\_CARE заполняется только в тарифицированных записях профильного отделения круглосуточного стационара в файлах персонифицированного учета по стационару. Указывается количество койко-дней по уходу.

1.3.4.39.17.27 Поле CODE\_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам.

Указывается код услуги UF\_ID из территориального классификатора услуг по финансовым потокам USL\_FIN.DBF. UF\_ID определяется в соответствии с кодом финансового потока FIN\_ID и кодом услуги USL\_ID из территориального

классификатора услуг USL\_UNION.DBF. В настоящее время в финансировании медицинской помощи по ОМС действует один финансовый поток (FIN\_ID):

1 – финансирование по основному тарифу (TARIF, справочник TARIF.DBF).

Код услуги USL\_ID в территориальном классификаторе услуг USL\_UNION.DBF, в свою очередь, определяется в соответствии:

- С кодом места обслуживания (способом оплаты) (PLACE, справочник PLACE.DBF). В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам PLACE может принимать следующие значения: 1 «Посещения в поликлинике», 7 «Стоматология по УЕТ»;

- С кодом цели обслуживания (PURPOSE, справочник PURPOSE.DBF). В файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам PURPOSE может принимать значения: П «Профосмотр»; У «За ед. УЕТ».

- С кодом специальности врача (COD\_SPEC, справочник SPECIAL.DBF). Возраст пациента должен соответствовать значениям элемента AGE поля PARAM\_EX в справочнике SPECIAL.DBF для случаев диспансеризации и медицинских осмотров (условия для определения возраста пациента прописаны в порядках обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL.

1.3.4.39.17.28 Поле KOL\_USL обязательно заполняется только в файлах по диспансеризации и медицинским осмотрам. Указывается количество услуг (кратность услуг) в соответствии с финансовым потоком FIN\_ID=1:

1) Посещения в поликлинике (PLACE=1): 1 (посещение)

2) Стоматология по УЕТ (PLACE=7): 0.00 (УЕТ).

Для основного файла по оказанной медицинской помощи и файла по оказанной ВМП это поле передается непосредственно в элементе USL.

1.3.4.40 Поле COMENTSL является условно-обязательным для заполнения. Служебное поле для комментариев по случаю. Служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|». В настоящее время заполняется только для файлов по диспансеризации и медицинским осмотрам.

Поля, кодируемые в COMENTSL:

1.3.4.40.1 Поле NOVOR (признак новорожденного) обязательно для заполнения. Указывается в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. «0» – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по шаблону ПДДММГГН, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 (1 – Муж., 2 – Жен.);

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

Н – порядковый номер ребёнка (один знак).

Признак новорожденного может быть указан только у детей, не достигших возраста 6 месяцев на дату окончания лечения и медицинская помощь которых

будет оплачена по данным представителя. Признак новорожденного заполняется в каждой записи случаев диспансеризации и медицинских осмотров.

1.3.4.40.2 В поле LPU\_FROM указывается в соответствии с региональным справочником LPU.DBF код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра в рамках случаев диспансеризации или медицинских осмотров.

1.3.4.40.3 В поле OS\_SLUCH (признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью) указываются все имевшиеся особые случаи: 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество. Заполняется в каждой записи случая диспансеризации или медицинского осмотра по шаблону "X\_X" («\_» - символ подчеркивания). Если имеется одновременно несколько особых случаев, коды проставляются в порядке возрастания (например: 1\_2, где «\_» - символ подчеркивания). Если признак «Особый случай» отсутствует, то поле не заполняется.

1.3.4.40.4 Поле COD\_MKB1 заполняется при наличии сведений о диагнозе сопутствующего заболевания. Код диагноза указывается из справочника МКБ-10 до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ-10) за исключением кодов J47, J40. Если имеется одновременно несколько диагнозов, заполняется по шаблону "X\_X\_X" («\_» - символ подчеркивания).

## 2. Файл персональных данных

Является общим для одного типа передаваемых данных. Например, в отчетном периоде для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются в одном пакете:

- три файла по видам оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения»;
- один файл персональных данных.

### 2.1 Информация о передаваемом файле (элемент ZGLV)

2.1.1 Поле VERSION обязательно для заполнения. Указывается версия информационного взаимодействия между ТФОМС Челябинской области, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML, в настоящее время – «2.1».

2.1.2 Поле DATA обязательно для заполнения. Указывается дата формирования передаваемых данных в формате ГТТГ-ММ-ДД.

2.1.3 Поле FILENAME обязательно для заполнения. Указывается имя файла персональных данных без расширения (первый символ в имени файла «L»). Например, LM740224S74000\_140401.



2.1.4 Поле FILENAME1 обязательно для заполнения. Указывается имя основного файла со сведениями об оказанной медицинской помощи без расширения и без префикса (первый символ в имени файла «Н»). Например, M740224S74000\_140401.

## 2.2 Персональные данные пациента (элемент PERS)

2.2.1 Поле ID\_PAC обязательно для заполнения. Указывается код записи о пациенте. Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями об оказанной медицинской помощи (элемент SCHET, PACIENT). Поле уникально в пределах одного типа передаваемых данных в отчетном периоде (например, для типа «01 – поликлиника Челябинской области» передаются файлы с видами оказанной медицинской помощи: «Н – основной», «DP - I этап диспансеризации взрослого населения», «DV – II этап диспансеризации взрослого населения», тогда в последовательности всех ID\_PAC из этих файлов значения не повторяются и соответствуют последовательности значений ID\_PAC файла персональных данных).

2.2.2 Поле FAM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

В полях FAM, IM, OT, FAM\_P, IM\_P, OT\_P допускается использовать русские буквы, пробел или дефис. В случае, если фамилия, имя или отчество являются составными, слова должны отделяться друг от друга одним пробелом или одним дефисом. Фамилия, имя или отчество должны состоять по крайней мере их двух букв. У женщины отчество не должно оканчиваться на «ИЧ», у мужчин – на «НА». Фамилия у мужчин не может оканчиваться на «КАЯ». Исключения содержатся в файле FIO\_EXC.DBF.

2.2.3 Поле IM указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.4 Поле OT указывается обязательно при наличии в документе, удостоверяющем личность. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.

Для детей до государственной регистрации реквизит не указывается. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля.

2.2.5 Поле W обязательно для заполнения. Указывается пол пациента в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.6 Поле DR обязательно для заполнения. Указывается дата рождения пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе УДЛ не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».

Если в документе УДЛ не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Возраст пациента в год окончания оказания медицинской помощи не должен превышать 130 лет. Дата рождения пациента не должна быть больше даты начала оказания медицинской помощи. Возраст работающего пациента должен быть от 14 до 100 лет. У новорожденного в круглосуточном стационаре дата начала оказания медицинской помощи (поля DATE\_1 в элементе SLUCH и DATE\_IN в элементе USL на первой койке в движении) не может быть меньше даты рождения или больше даты рождения более, чем на один день.

2.2.7 В поле DOST указываются все необходимые коды надежности идентификации пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST. Для новорожденных не заполняется.

2.2.8 Поле FAM\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Фамилия представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается значение «2», и реквизит не указывается.

2.2.9 Поле IM\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Имя представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизита в документе УДЛ в поле DOST\_P обязательно включается значение «3», и реквизит не указывается.

2.2.10 Поле OT\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения (значение поля NOVOR отлично от нуля). Отчество представителя пациента указывается при наличии в документе, удостоверяющем личность представителя пациента. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST\_P можно опустить соответствующее значение.

2.2.11 Поле W\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Пол представителя пациента указывается в соответствии с классификатором V005: 1 – мужской, 2 – женский.

2.2.12 Поле DR\_P заполняется в случае оказания медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения. Указывается дата рождения представителя пациента в формате ГГГГ-ММ-ДД.

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «4».

Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «5».

Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST\_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно.

Разница в возрасте у представителя и пациента не должна быть меньше 12 лет.

2.2.13 В поле DOST\_P указываются все необходимые коды надежности идентификации представителя пациента:

- 1 – отсутствует отчество;
- 2 – отсутствует фамилия;
- 3 – отсутствует имя;
- 4 – известен только месяц и год даты рождения;
- 5 – известен только год даты рождения;
- 6 – дата рождения не соответствует календарю.

Для каждого значения создается отдельный элемент DOST\_P.

2.2.14 В поле MR указывается место рождения в том виде, в котором оно записано в документе, удостоверяющем личность пациента или представителя. При отсутствии данных поле не заполняется.

2.2.15 Поле DOCTYPE обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. В полях DOCTYPE, DOCSER, DOCNUM указываются данные документа, удостоверяющего личность пациента или представителя пациента при оказании медицинской помощи ребенку до государственной регистрации рождения.

Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя, должен соответствовать F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность».

В файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ при указании типа документа «Свидетельство о рождении» (DOCTYPE=3) пациент (или представитель) не должен быть старше 14 лет, при указании типа документа «Паспорт гражданина РФ» (DOCTYPE=14) пациент (или представитель) - младше 14 лет.

2.2.16 Поле **DOC SER** обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Серия документа, удостоверяющего личность, должна удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

2.2.17 Поле **DOC NUM** обязательно для заполнения в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС. Номер документа, удостоверяющего личность, должен удовлетворять требованиям шаблона классификатора F011, соответствующего данному типу документа.

2.2.18 Поле **SNILS** является условно-обязательным для заполнения. Указывается без разделителей при наличии СНИЛС у пациента или представителя. Проводится проверка контрольной суммы СНИЛС.

2.2.19 Поле **OKATOG** заполняется при наличии сведений. Указывается код места жительства по ОКАТО. В настоящее время не заполняется.

2.2.20 Поле **OKATOR** заполняется при наличии сведений. Указывается код места пребывания по ОКАТО. В настоящее время не заполняется.

2.2.21 Поле **COMETNP** служит для передачи дополнительных полей. Формат кодирования: ID=#значение#. Разделитель между полями: символ «|».

Поля, кодируемые в **COMENTP**:

2.2.21.1 Поле **CITY STREET** обязательно для заполнения. В файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике указывается код адреса прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – код адреса вызова. Код адреса должен состоять из 11 (без указания кода улицы) или 15 (с указанием кода улицы) цифр. персонифицированного учета В файлах застрахованных лиц на территории других субъектов РФ у неработающих пациентов код адреса должен соответствовать коду региона страхования (**OKATO\_OMS**). Проверка на соответствие справочникам **CITY.DBF** и **STREET.DBF** только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц на территории других субъектов РФ.

2.2.21.2 Поле **HOUSE** заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.3 Поле **IND\_HOUSE** заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера дома в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим

личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.4 Поле ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.5 Поле IND\_ROOM заполняется в файлах персонифицированного учета по поликлинике, стационару и параклинике при наличии индекса номера квартиры в адресе прописки (постоянной регистрации пациента (представителя) в соответствии с документом, удостоверяющим личность), в файлах персонифицированного учета по скорой помощи – при наличии в адресе вызова.

2.2.21.6 Поле STATUS обязательно для заполнения: 0 – неработающий, 1 – работающий.

2.2.21.7 Поле SMO\_NAT заполняется только в файлах персонифицированного учета застрахованных лиц Челябинской области в соответствии с региональным справочником SMO.DBF при отсутствии кода СМО в федеральном справочнике F002 (Реестр СМО). В случае оказания медицинского помощи незастрахованному лицу, в поле указывается значение 0.

Приложение 5  
к Правилам информационного взаимодействия  
при ведении персонифицированного учета  
медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам  
в системе обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг,  
оказанных застрахованным лицам в рамках проведения диспансеризации  
определенных групп населения.

Раздел 1. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.

1. Диспансеризация застрахованного лица может быть проведена только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, случаи диспансеризации могут подаваться для оплаты только те медицинские организации, которые являются фондодержателями, при этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD\_LPU=ATTACH (кроме студентов очной формы обучения).

Диспансеризация проводится для взрослого населения, за исключением лиц, относящихся к категориям, перечисленным в разделе 4 настоящего Порядка.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1} и {DISP\_LEVEL=1}), и для II этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=1} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(21,24,27,30,33,36)	1721
2	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(39)	1722
3	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(42)	1723
4	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(45)	1724
5	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(48,54,60,66,72,78,84,90,96)	1725
6	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (ж)(51,57,63,69,75,81,87,93,99)	1726
7	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(21,24,27,30,33,36,42)	1727
8	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(39)	1728
9	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(45)	1729
10	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(48)	1730

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
11	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(51,57,63,69,75,81,87,93,99)	1731
12	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(54,60)	1732
13	Случай дисп.взр.нас.(I эт) (м)(66,72,78,84,90,96)	1733
14	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (ж)(21,24,27,30,33,36)	1734
15	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (ж)(39,42)	1735
16	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (ж)(45,48)	1736
17	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (ж)(51,54 и старше)	1737
18	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (м)(21,24,27,30,33,36)	1738
19	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (м)(39,42)	1739
20	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (м)(45,48)	1740
21	Случай дисп.взр.нас.(II эт) (м)(51,54 и старше)	1741

3. На I этапе диспансеризацию взрослого населения в возрасте с 21 до 48 лет проводит терапевт (терапевт участковый) или врач общей практики, в возрасте с 51 лет и старше – могут проводить два специалиста, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, второй – неврологом с периодичностью 1 раз в 6 лет (осмотр невролога обязателен и может быть только для возрастов – 51,57,63,69,75,81,87,93,99 лет). При этом возможен только один осмотр у специалиста.

Во II этапе диспансеризации участвуют не менее двух специалистов, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, но не более того количества специалистов, которое определено для конкретной половозрастной группы, за исключением случаев проведения лабораторных исследований, соответствующих п.12.2.7 или 12.2.9 приказа МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», когда возможен осмотр только терапевта:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
21-36	м	1,5
	ж	1,5,6
39-42	м	1,5,3
	ж	1,5,6,3
45-48	м	1,5,3,2
	ж	1,5,6,3,2
51 и старше	м	1,5,3,2,4
	ж	1,5,6,3,2

1. Невролог (код 94).
2. Хирург (код 78) или колопроктолог (код 79).
3. Офтальмолог (код 88).
4. Уролог (код 82) или хирург (код 78).
5. Терапевт (код 1418) (или терапевт участковый (код 61)) или врач общей практики (код 70).
6. Акушер-гинеколог (код 84).

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта, участкового, врача общей практики - диспансеризацию может проводить фельдшер на должности врача.

Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к терапевту (терапевту участковому) или врачу общей практики. При этом в записи файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть указана дата первого осмотра специалистом, в полях DATE\_END, VISIT\_DATE - дата последнего осмотра терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики.

Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации. Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды: 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 19 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена III группа здоровья».

г) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

д) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

е) 54 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена III группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».

д) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

е) 13 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена III группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по



законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра терапевтом
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 17-19, 52-54 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-3, 11-13 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания б «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1721}.	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что диспансеризацию прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра терапевтом.

## Раздел 2. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - детей-сирот), определен справочником DISPLPU.DBF (для ТУР=2).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=2} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (ж)( 0,1)	1762
2	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (ж)( 2-4)	1763
3	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (ж)( 5,6)	1764
4	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (ж)( 7-14)	1765
5	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (ж)(15-17)	1766
6	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (м)( 0,1)	1767
7	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (м)( 2-4)	1768
8	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (м)( 5,6)	1769
9	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (м)( 7-14)	1770
10	Случай дисп.детей-сирот(I и II эт) (м)(15-17)	1771
11	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (ж)( 0,1)	1772
12	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (ж)( 2-4)	1773
13	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (ж)( 5,6)	1774
14	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (ж)( 7-14)	1775
15	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (ж)(15-17)	1776
16	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (м)( 0,1)	1777
17	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (м)( 2-4)	1778
18	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (м)( 5,6)	1779
19	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (м)( 7-14)	1780
20	Случай дисп.детей-сирот(I эт) (м)(15-17)	1781

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10

	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
--	---	--------------------

1. Педиатр (код 1417), или педиатр участковый (код 117), или педиатр (выездной бригады) (код 1282) .
2. Невролог (код 127), или невролог (выездной бригады) (код 1289).
3. Офтальмолог (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот может проводить только врач.

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 21 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена I группа здоровья».

б) 22 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена II группа здоровья».

в) 23 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена III группа здоровья».

г) 24 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена IV группа здоровья».

д) 25 – «Проведена диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».
- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».
- г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».
- д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 21-25 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1762}.	

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

Раздел 3. Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее – детей-сирот и детей без попечения родителей), определен справочником DISPLPU.DBF (для TYP=7).

2. Оплата случаев диспансеризации детей-сирот и детей без попечения родителей производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=1}) или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=7} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (ж)( 0,1)	1742
2	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (ж)( 2-4)	1743
3	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (ж)( 5,6)	1744
4	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (ж)( 7-14)	1745
5	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (ж)(15-17)	1746
6	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (м)( 0,1)	1747
7	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (м)( 2-4)	1748
8	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (м)( 5,6)	1749
9	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (м)( 7-14)	1750
10	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I и II эт) (м)(15-17)	1751
11	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (ж)( 0,1)	1752
12	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (ж)( 2-4)	1753

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
13	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (ж)( 5,6)	1754
14	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (ж)( 7-14)	1755
15	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (ж)(15-17)	1756
16	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (м)( 0,1)	1757
17	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (м)( 2-4)	1758
18	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (м)( 5,6)	1759
19	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (м)( 7-14)	1760
20	Случай дисп.детей-сирот и б/попеч.(I эт) (м)(15-17)	1761

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
0-2	м	1,2,3,4,5,6,8
	ж	1,2,3,4,5,6,7
3-4	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
5-17	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (код 1417), или педиатр участковый (код 117), или педиатр (выездной бригады) (код 1282) (далее – педиатр).
2. Невролог (код 127), или невролог (выездной бригады) (код 1289).
3. Офтальмолог (код 123), или офтальмолог (выездной бригады) (код 1294).
4. Детский хирург (код 133), или детский хирург (выездной бригады) (код 1300).
5. Оториноларинголог (код 125), или оториноларинголог (выездной бригады) (код 1292).
6. Травматолог-ортопед (код 134), или травматолог-ортопед (выездной бригады) (код 1298) ), или травматолог-ортопед (консульт.приём)\* (код 1309).
7. Акушер-гинеколог (код 1372), или акушер-гинеколог (выездной бригады) (код 1293).
8. Детский уролог-андролог (код 1235), или детский уролог-андролог (выездной бригады) (код 1325).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219), или детский эндокринолог (выездной бригады) (код 1302).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром.

Обращаем внимание на то, что диспансеризацию детей-сирот и детей без попечения родителей может проводить только врач.

Для определения принадлежности застрахованного ребенка к той или иной возрастной группе на I или II этапах диспансеризации возраст ребенка определяется по дате окончания этапа диспансеризации. Датой окончания этапа

диспансеризации является дата заключительного осмотра педиатром (врачом ответственным за проведение диспансеризации).

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 47 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена I группа здоровья».

б) 48 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена II группа здоровья».

в) 49 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена III группа здоровья».

г) 50 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена IV группа здоровья».

д) 51 – «Проведена диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку, в приемную или патронатную семью - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
		педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 47-51 из справочник V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения диспансеризации.	Не заполняется
KVAL	Квалификация специалиста, проводившего осмотр	Квалификация педиатра, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1762}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле УЕТ не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.



Раздел 4. Диспансеризация инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

1. Перечень медицинских организаций, участвующих в диспансеризации инвалидов и участников Великой Отечественной войны, супругов погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступивших в повторный брак, и лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) (далее – участников ВОВ), определен справочником DISPLPU.DBF (для ТУР=8).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю диспансеризации. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю диспансеризации установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYР=8} и {DISP\_LEVEL=1}), и для II этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYР=8} и {DISP\_LEVEL=2}). В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай дисп.участ.ВОВ(I эт) (ж)(51,57,63,69,75,81,87,93,99)	1782
2	Случай дисп.участ.ВОВ(I эт) (ж)(54,60,66,72,78,84,90,96)	1783
3	Случай дисп.участ.ВОВ(I эт) (м)(51,57,63,69,75,81,87,93,99)	1784
4	Случай дисп.участ.ВОВ(I эт) (м)(54,60)	1785
5	Случай дисп.участ.ВОВ(I эт) (м)(66,72,78,84,90,96)	1786
6	Случай дисп.участ.ВОВ(II эт) (ж)(51,54 и старше)	1787
7	Случай дисп.участ.ВОВ(II эт) (м)(51,54 и старше)	1788

3. Участники ВОВ могут проходить диспансеризацию ежегодно в возрасте с 50 лет и старше. При этом используется возраст, достигаемый в год окончания этапа диспансеризации. На I этапе диспансеризацию участников ВОВ могут проводить два специалиста, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, второй – неврологом с периодичностью 1 раз в 6 лет (осмотр невролога обязателен и может быть только для возрастов –

50-52, 56-58, 62-64, 68-70, 74-76, 80-82, 86-88, 92-94, 98, 99 лет). При этом возможен только один осмотр у специалиста.

Во II этапе диспансеризации участвуют не менее двух специалистов, один из которых является терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики, но не более того количества специалистов, которое определено для данной половозрастной группы, за исключением случаев проведения лабораторных исследований, соответствующих п.12.2.7 или 12.2.9 приказа МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», когда возможен осмотр только терапевта:

Возрастные группы (лет)	Пол	Список специалистов
50 и старше	м	1,5,3,2,4
	ж	1,5,6,3,2

1. Невролог (код 94), или невролог\*\* (код 1596).
2. Хирург (код 78) или колопроктолог (код 79), или хирург\*\* (код 1608) или колопроктолог\*\* (код 1595).
3. Офтальмолог (код 88), или офтальмолог\*\* (код 1600).
4. Уролог (код 82) или хирург (код 78), или уролог\*\* (код 1607) или хирург\*\* (код 1608).
5. Терапевт (код 1418) (или терапевт участковый (код 61)) или врач общей практики (код 70), или терапевт\*\* (код 1605).
6. Акушер-гинеколог (код 84), или акушер-гинеколог\*\* (код 1590).

Кратность осмотров специалистами на II этапе может быть любой.

Обращаем внимание на то, что вместо врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача общей практики - диспансеризацию может проводить фельдшер на должности врача.

Случай диспансеризации подается к оплате при последнем посещении к терапевту (терапевту участковому) или врачу общей практики. При этом в записи файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть указана дата первого осмотра специалистом, в полях DATE\_END, VISIT\_DATE - дата последнего осмотра терапевтом (терапевтом участковым) или врачом общей практики.

В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 17 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 18 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 19 – «Проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения - присвоена III группа здоровья».

г) 52 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена I группа здоровья».

д) 53 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

е) 54 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена III группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды результата диспансеризации (справочник V017):

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 11 – «Направлен на II этап диспансеризации, предварительно присвоена I группа здоровья».

д) 12 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена II группа здоровья».

е) 13 – «Направлен на II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, предварительно присвоена III группа здоровья».

4. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

5. Законченный случай диспансеризации подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом все посещения к специалистам подаются отдельными записями без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю диспансеризации. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая диспансеризации поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
COD_SPEC	Код специалиста, проводящего осмотр	Код тарифа по оплате случая диспансеризации
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая диспансеризации (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая диспансеризации
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра терапевтом
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 17-19 из справочника V009.DBF (Код результата диспансеризации 1-3, 11-13 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код терапевта, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю диспансеризации
	проведения диспансеризации.	
KVAL	Квалификация специалиста, проводящего осмотр	Квалификация терапевта, проводившего заключительный осмотр
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая диспансеризации (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1782}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Во всех записях по случаю диспансеризации в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра терапевтом.

Приложение 6  
к Правилам информационного взаимодействия  
при ведении персонифицированного учета  
медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам  
в системе обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

Порядок обработки файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам в рамках проведения медицинских осмотров определенных групп населения.

Раздел 1. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

1. Профилактический медицинский осмотр застрахованного лица может быть проведен только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, профилактические медицинские осмотры могут подаваться для оплаты только те медицинские организации, которые являются фондодержателями. При этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD\_LPU=ATTACH (кроме студентов очной формы обучения).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=3} и {DISP\_LEVEL=1}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай проф.осмотра взрослого населения (ж)(18-38)	1807
2	Случай проф.осмотра взрослого населения (ж)(40-44)	1808
3	Случай проф.осмотра взрослого населения (ж)(46 и старше)	1809
4	Случай проф.осмотра взрослого населения (м)(18-44)	1810
5	Случай проф.осмотра взрослого населения (м)(46 и старше)	1811

3. Профилактический медицинский осмотр взрослого населения проводит терапевт (код 1418), или терапевт участковый (код 61) или врач общей практики (код 70) (далее – терапевт). Вместо врача-терапевта профилактический медицинский осмотр может проводить фельдшер на должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

4. Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в 2 года. В год прохождения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится. Для определения принадлежности к возрастной группе используется возраст, достигаемый в год проведения профилактического медицинского осмотра. Возрастные группы: 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, ..., 98 лет

5. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 43 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена I группа здоровья».

б) 44 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена II группа здоровья».

в) 45 – «Проведен профилактический медицинский осмотр взрослого населения - присвоена III группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

6. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

7. Законченный случай профилактического медицинского осмотра подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом подаются отдельными записями: посещение к терапевту без указания тарифа, и одна тарифицированная запись по законченному случаю профилактического медицинского осмотра. В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения (всегда 100%)
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 43-45 из справочника V009.DBF (Код 1-3 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со	Указать данные в соответствии со

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра взрослого населения
	следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}. - Код тарифа по оплате случая проф. медосмотра взрослого населения (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1807}.	следующим шаблоном: - Признак того, что профилактический медицинский осмотр прошел студент очной формы обучения {sg=1}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 11 – если осмотр проводил фельдшер на должности врача терапевтической специальности 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

В поле MEDUS\_ID элементы должны следовать друг за другом без пробелов.

## Раздел 2. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен только в той медицинской организации, к которой он прикреплен для оказания первичной медико-санитарной помощи. В файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области, и для лиц, застрахованных на территории других субъектов РФ, профилактические медицинские осмотры могут подаваться для оплаты только те медицинские организации, которые являются фондодержателями. При этом в файлах персонифицированного учета медицинских услуг для лиц, застрахованных в Челябинской области COD\_LPU=ATTACH\_VIS (кроме новорожденных до государственной регистрации рождения, медицинская помощь которых оплачивается по полису представителя).

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены по половозрастным группам для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=4} и {DISP\_LEVEL=1}), или I и II этапов

(коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=4} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 0 мес.,новоро)	1812
2	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 1 мес)	1813
3	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 2 мес)	1814
4	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 3 мес)	1815
5	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 4 мес)	1816
6	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 5 мес)	1817
7	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 6 мес)	1818
8	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 7 мес)	1819
9	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 8 мес)	1820
10	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) ( 9 мес)	1821
11	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) (10 мес)	1822
12	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) (11 мес)	1823
13	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж) (12 мес)	1824
14	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 1 год 3 мес)	1825
15	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 1 год 6 мес)	1826
16	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 1 год 9 мес)	1827
17	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 2 года 6 мес)	1828
18	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 2 года)	1829
19	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 3 года)	1830
20	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 4,5 лет)	1831
21	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 6 лет)	1832
22	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 7 лет)	1833
23	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)( 8,9,13 лет)	1834
24	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)(10 лет)	1835
25	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)(11 лет)	1836
26	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)(12 лет)	1837
27	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)(14 лет)	1838
28	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (ж)(15-17 лет)	1839
29	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 0 мес.,новоро)	1840
30	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 1 мес)	1841
31	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 2 мес)	1842
32	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 3 мес)	1843
33	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 4 мес)	1844
34	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 5 мес)	1845
35	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 6 мес)	1846
36	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 7 мес)	1847
37	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 8 мес)	1848
38	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) ( 9 мес)	1849
39	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) (10 мес)	1850
40	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) (11 мес)	1851
41	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м) (12 мес)	1852
42	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 1 год 3 мес)	1853
43	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 1 год 6 мес)	1854
44	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 1 год 9 мес)	1855
45	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 2 года 6 мес)	1856



№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
46	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 2 года)	1857
47	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 3 года)	1858
48	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 4,5 лет)	1859
49	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 6 лет)	1860
50	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 7 лет)	1861
51	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)( 8,9,13 лет)	1862
52	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)(10 лет)	1863
53	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)(11 лет)	1864
54	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)(12 лет)	1865
55	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)(14 лет)	1866
56	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I и II эт) (м)(15-17 лет)	1867
57	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 0 мес.,новорожд)	1868
58	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 1 мес)	1869
59	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 2 мес)	1870
60	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 3 мес)	1871
61	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 4 мес)	1872
62	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 5 мес)	1873
63	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 6 мес)	1874
64	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 7 мес)	1875
65	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 8 мес)	1876
66	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) ( 9 мес)	1877
67	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) (10 мес)	1878
68	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) (11 мес)	1879
69	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж) (12 мес)	1880
70	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 1 год 3 мес)	1881
71	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 1 год 6 мес)	1882
72	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 1 год 9 мес)	1883
73	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 2 года 6 мес)	1884
74	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 2 года)	1885
75	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 3 года)	1886
76	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 4,5 лет)	1887
77	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 6 лет)	1888
78	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 7 лет)	1889
79	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)( 8,9,13 лет)	1890
80	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)(10 лет)	1891
81	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)(11 лет)	1892
82	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)(12 лет)	1893
83	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)(14 лет)	1894
84	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (ж)(15-17 лет)	1895
85	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 0 мес.,новорожд)	1896
86	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 1 мес)	1897
87	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 2 мес)	1898
88	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 3 мес)	1899
89	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 4 мес)	1900
90	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 5 мес)	1901
91	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 6 мес)	1902
92	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 7 мес)	1903
93	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 8 мес)	1904
94	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) ( 9 мес)	1905

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
95	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) (10 мес)	1906
96	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) (11 мес)	1907
97	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м) (12 мес)	1908
98	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 1 год 3 мес)	1909
99	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 1 год 6 мес)	1910
100	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 1 год 9 мес)	1911
101	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 2 года 6 мес)	1912
102	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 2 года)	1913
103	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 3 года)	1914
104	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 4,5 лет)	1915
105	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 6 лет)	1916
106	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 7 лет)	1917
107	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)( 8,9,13 лет)	1918
108	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)(10 лет)	1919
109	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)(11 лет)	1920
110	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)(12 лет)	1921
111	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)(14 лет)	1922
112	Случай проф.осмотра несовершенноверш.(I эт) (м)(15-17 лет)	1923

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной половозрастной группы:

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
Новорожденный (age_disp=0.00)	0 мес., 1 мес.	м	1
		ж	1
1 месяца (age_disp=0.01)	0 мес., 1 мес., 2 мес.	м	1,2,3,4
		ж	1,2,3,4
2 месяца (age_disp=0.02)	1 мес., 2 мес., 3 мес.	м	1
		ж	1
3 месяца (age_disp=0.03)	2 мес., 3 мес., 4 мес.	м	1,2,6
		ж	1,2,6
4 месяца (age_disp=0.04)	3 мес., 4 мес., 5 мес.	м	1
		ж	1
5 месяцев (age_disp=0.05)	4 мес., 5 мес., 6 мес.	м	1
		ж	1
6 месяцев (age_disp=0.06)	5 мес., 6 мес., 7 мес.	м	1,2,4
		ж	1,2,4
7 месяцев (age_disp=0.07)	6 мес., 7 мес., 8 мес.	м	1
		ж	1
8 месяцев (age_disp=0.08)	7 мес., 8 мес., 9 мес.	м	1
		ж	1
9 месяцев (age_disp=0.09)	8 мес., 9 мес., 10 мес.	м	1
		ж	1
10 месяцев (age_disp=0.10)	9 мес., 10 мес., 11 мес.	м	1

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
		ж	1
11 месяцев (age_disp=0.11)	10 мес., 11 мес., 12 мес.	м	1
		ж	1
12 месяцев (1 год) (age_disp=1.00)	11 мес., 12 мес., 1 год и 1 мес., 1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес., 1 год и 5 мес.	м	1,2,3,4,5,9
		ж	1,2,3,4,5,9
1 год 3 месяца (age_disp=1.03)	1 год и 2 мес., 1 год и 3 мес., 1 год и 4 мес.	м	1
		ж	1
1 год 6 месяцев (age_disp=1.06)	1 год и 5 мес., 1 год и 6 мес., 1 год и 7 мес.	м	1
		ж	1
1 год 9 месяцев (age_disp=1.09)	1 год и 8 мес., 1 год и 9 мес., 1 год и 10 мес.	м	1
		ж	1
2 года (age_disp=2.00)	1 год и 11 мес., 2 года, 2 года и 1 мес.	м	1,9
		ж	1,9
2 года 6 месяцев (age_disp=2.06)	2 года и 5 мес., 2 года и 6 мес., 2 года и 7 мес.	м	1
		ж	1
3 года (age_disp=3.00)	3 года	м	1,2,3,4,5,8,9
		ж	1,2,3,4,5,7,9
4 года (age_disp=4.00)	4 года	м	1,4
		ж	1,4
5 лет (age_disp=5.00)	5 лет	м	1,4
		ж	1,4
6 лет (age_disp=6.00)	6 лет	м	1,2,3,9
		ж	1,2,3,9
7 лет (age_disp=7.00)	7 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9
8 лет (age_disp=8.00)	8 лет	м	1
		ж	1
9 лет (age_disp=9.00)	9 лет	м	1
		ж	1
10 лет (age_disp=10.00)	10 лет	м	1,2,3,4,5,6,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,9,10
11 лет (age_disp=11.00)	11 лет	м	1,3,4
		ж	1,3,4
12 лет (age_disp=12.00)	12 лет	м	1,8
		ж	1,7
13 лет (age_disp=13.00)	13 лет	м	1
		ж	1
14 лет (age_disp=14.00)	14 лет	м	1,2,3,5,8,9,10
		ж	1,2,3,5,7,9,10
15 лет (age_disp=15.00)	15 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10
16 лет (age_disp=16.00)	16 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (age_disp)	Возрастные группы, в которых несовершеннолетний может пройти профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для конкретного возрастного периода	Пол	Список специалистов
17 лет (age_disp=17.00)	17 лет	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
		ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр).
2. Невролог (код 127).
3. Офтальмолог (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (код 125).
6. Травматолог-ортопед (код 134).
7. Акушер-гинеколог (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Для детей до 2 лет 6 месяцев (или до 2 лет и 7 месяцев при условии указания в MEDUS\_ID элемента {age\_disp=2.06}) включительно принадлежность к возрастной группе определяется месяцем окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста. Для детей старше 2 лет 6 месяцев (или 2 лет и 7 месяцев) – годом окончания профилактического медицинского осмотра, в который он достигает определенного возраста.

В случае невозможности проведения профилактического медицинского осмотра ребенка в месяц достижения им возрастного периода, можно провести профилактический медицинский осмотр ранее или позднее в рамках возрастных групп, определенных для конкретного профилактического медицинского осмотра, при условии осмотра всеми специалистами, утвержденными перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров в этот возрастной период.

Датой начала этапа профилактического медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 32 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».

- б) 33 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».
- в) 34 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья».
- г) 35 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».
- д) 36 – «Проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

- а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».
- б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».
- в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».
- г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».
- д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Профилактический медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом подаются отдельными записями все посещения к специалистам без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю профилактического медицинского осмотра. Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате профилактического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 32-36 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}. - Код тарифа по оплате случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1812}.	Указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Признак того, что ребенку был проведен профилактический медицинский осмотр, предусмотренный для детей в возрастном периоде G.MM {age_disp=G.MM}.
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Во всех записях по профилактическому медицинскому осмотру в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле УЕТ не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

### Раздел 3. Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности по заявлению несовершеннолетнего или его законного представителя.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего, для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=5} и {DISP\_LEVEL=1}), или I и II этапов (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=5} и {DISP\_LEVEL=2}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (ж)(ДОУ)	1795
2	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (ж)(ООУ)	1796
3	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (ж)(ОУПО)	1797
4	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (м)(ДОУ)	1798
5	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (м)(ООУ)	1799
6	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I и II эт) (м)(ОУПО)	1800
7	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (ж)(ДОУ)	1801
8	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (ж)(ООУ)	1802
9	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (ж)(ОУПО)	1803
10	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (м)(ДОУ)	1804
11	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (м)(ООУ)	1805
12	Случай предв.осмотра несовершеннолет.(I эт) (м)(ОУПО)	1806

3. В I этапе участвуют специалисты, которые определены для конкретной группы в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при поступлении в которое проводится предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего:

Типы образовательных учреждений	Пол	Список специалистов
Дошкольные образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,8,9
	ж	1,2,3,4,5,7,9
Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	м	1,2,3,4,5,6,8,9
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9
Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.	м	1,2,3,4,5,6,8,9,10
	ж	1,2,3,4,5,6,7,9,10

1. Педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр).
2. Невролог (код 127).
3. Офтальмолог (код 123).
4. Детский хирург (код 133).
5. Оториноларинголог (код 125).
6. Травматолог-ортопед (код 134).
7. Акушер-гинеколог (код 1372).
8. Детский уролог-андролог (код 1235).
9. Детский стоматолог (код 160).
10. Детский эндокринолог (код 219).

У каждого специалиста может быть по одному осмотру.

Во II этапе возможны консультации любых специалистов и любой кратности. Обязателен заключительный осмотр педиатром. Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнего может проводить только врач.

Датой начала этапа предварительного медицинского осмотра является дата первого осмотра специалистом, датой окончания - дата заключительного осмотра педиатром.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать следующие коды результата обращения (справочник V009.DBF):

а) 37 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена I группа здоровья».

б) 38 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена II группа здоровья».

в) 39 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена III группа здоровья».

г) 40 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена IV группа здоровья».

д) 41 – «Проведен предварительный медицинский осмотр несовершеннолетнему - присвоена V группа здоровья».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать следующие коды из справочника V017:

а) 1 – «Присвоена I группа здоровья».

б) 2 – «Присвоена II группа здоровья».

в) 3 – «Присвоена III группа здоровья».

г) 4 – «Присвоена IV группа здоровья».

д) 5 – «Присвоена V группа здоровья».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Предварительный медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает дата его окончания. При этом отдельными записями подаются все посещения к специалистам без указания тарифа и одна тарифицированная запись по законченному случаю предварительного медицинского осмотра.

Во всех записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате предварительного медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра



		несовершеннолетнего
VISIT_DATE	Дата осмотра у специалиста	Дата заключительного осмотра педиатром
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 37-41 из справочника V009.DBF (Код 1-5 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
IDDOCT	Код медработника, проводившего осмотр	Код педиатра, проводившего заключительный осмотр
LPU_FROM	Код медицинской организации, из которой привлечен специалист для проведения осмотра.	Не заполняется
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например, {cs=1795}.	Не заполняется
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12

Во всех записях по предварительному медицинскому осмотру в поле DATE\_BEG должна быть дата первого осмотра специалистом, в поле DATE\_END – дата заключительного осмотра педиатром. Поле YET не заполняется, даже если осмотр был произведен стоматологом.

#### Раздел 4. Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего может быть проведен медицинской организацией любой организационно-правовой формы собственности.

2. Оплата производится по тарифам по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего. Коэффициенты индексации к тарифу не применяются. Тарифы на оплату медицинской помощи по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего установлены в зависимости от пола и типа образовательного учреждения, при обучении в котором он проводится, для I этапа (коды специальностей в справочнике SPECIAL.DBF, для которых в поле PARAM\_EX содержатся элементы {DISP\_TYP=6} и {DISP\_LEVEL=1}).

В настоящее время используются:

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
-------	------------------------------------	-------------------

№ п/п	Наименование тарифа(специальности)	Код (special.dbf)
1	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (ж)(ДОУ)	1789
2	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (ж)(ООУ )	1790
3	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (ж)(ОУПО)	1791
4	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (м)(ДОУ)	1792
5	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (м)(ООУ )	1793
6	Случай период.осмотра несовершеннолетнего (м)(ОУПО)	1794

3. Периодический медицинский осмотр несовершеннолетнего проводит педиатр (код 1417) или педиатр участковый (код 117) (далее – педиатр) в должности врача. При этом возможен только один осмотр у специалиста.

4. В поле RSLT для формата DBF следует указывать код результата обращения (справочник V009.DBF) 42 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

В поле RSLT\_D для формата XML следует указывать код из справочника V017: 7 «Проведен периодический медицинский осмотр несовершеннолетнему».

5. В поле ISHOD для формата DBF следует указывать код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).

6. Периодический медицинский осмотр подается к оплате в файле персонифицированного учета медицинских услуг того периода, в который попадает осмотр педиатром. При этом подаются отдельными записями: посещение к педиатру без указания тарифа, и одна тарифицированная запись по законченному случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

В обеих записях файла персонифицированного учета медицинских услуг по оплате случая периодического медицинского осмотра поля должны принимать одинаковые значения за исключением следующих:

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
COD_SPEC	Код специалиста, проводившего осмотр	Код тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
TARIF	Не заполняется	Тариф по оплате случая периодического медицинского осмотра
DATE_TAR	Не заполняется	Дата тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра
RSLT (RSLT_D)	Не заполняется	Код результата обращения 42 из справочника V009.DBF (Код 7 из справочника V017)
ISHOD	Не заполняется	Код исхода заболевания 6 «Осмотр» (справочник V012.DBF).
MEDUS_ID	Следует указать данные в соответствии со следующим шаблоном: - Код тарифа по оплате случая периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего (COD_SPEC тарифицированной записи). Например,	Не заполняется

Имя поля	Для записей, отражающих осмотры специалистов	Для тарифицированной записи по случаю периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего
	{cs=1789}.	
VIDPOM	Вид оказываемой медицинской помощи: 12 – если осмотр проводил врач терапевтической специальности 13 – если осмотр проводил узкий специалист	Вид оказываемой медицинской помощи: 12